

236

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

7858-9509
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 17 mars 1904 à 1 heure.

PAR

R. LANCEPLAINE

ÉTUDE SUR LES

TÉLANGIECTASIES ESSENTIELLES

Président : M. GILBERT, professeur.

*Juges : MM. DEBOVE et DIEULAFOY, professeurs,
VAQUEZ, agrégé.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses
parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

—
1904

36852

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... Professeurs.....

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et Chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

M. DEBOVE.
MM.
P. POIRIER
CH. RICHET.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD
BOUCHARD
HUTINEL.
BRISAUD.
LANNELONGUE
CORNIL.
MATHIASDUVAL
BERGER.
POUCHET.
GILBERT.

BROUARDEL
DEJERINE.
CHANTEMESSE.
HAYEM.
DIEULAFOY.
DEBOVE.
LANDOUZY.

Clinique médicale.....
Maladie des enfants.....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

GRANCHER.

Clinique chirurgicale.....
Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....
Clinique d'accouchements.....
Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....

JOFFROY.
GAUCHER.
RAYMOND
TERRIER.
DUPLAY.
LE DENTU.
T'LLAUX.
DE LAPERSONNE.
GUYON.
BUDIN.
PINARD.
POZZI.
KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.		
ACHARD	FAURE	LEGUEU
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE
BESANÇON	TOURETTE	MARION
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY
CUNEO	JEANSELME	RENON
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef.
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)

TEISSIER
THIERY
THIROLOIX
THOINOT
VAQUEZ
WALLICH
WALTHER
WIDAL
WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE HENRI DE LACAZE-DUTHIERS

Membre de l'Institut.

Professeur à la Sorbonne.

Fondateur des Laboratoires de Banyuls-sur-Mer et de Roscoff.

Grand officier de la Légion d'honneur.

*Je dédie ce travail, faible hommage de mon
infinie reconnaissance, pour l'affection et
l'intérêt qu'il m'a toujours témoignés.*

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de thérapeutique à la Faculté,
Médecin de l'hôpital Broussais,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROcq

Médecin de l'hôpital Broca,
Chevalier de la Légion d'honneur.

ÉTUDE

Sur les téléangiectasies essentielles

INTRODUCTION

Nous devons à notre maître, M. le Dr Brocq, l'idée de cette étude sur les téléangiectasies.

Qu'il nous soit permis en le remerciant, de lui témoigner notre profonde et respectueuse reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté et pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner avant et pendant le cours de ce travail.

Que M. le Professeur Gilbert veuille bien recevoir tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Parvenu au terme de nos études médicales, nous manquerions à notre plus strict devoir de gratitude, si nous oublions tout ce que nous devons aux leçons de nos maîtres dans les hôpitaux : MM. les Professeurs Tillaux, Berger, Gaucher ; les Docteurs Richelot, Achard, Merklen et Lepage ; nous nous faisons un plaisir de les remercier ici bien sincèrement.

M. Delaunay, interne à l'hôpital Broca, les Docteurs Ayrygnac, Lenglet et Civatte, qui nous ont aidé de leur concours, ont droit eux aussi à nos remerciements.

Que M. Robert, docteur ès-sciences, préparateur à la Sorbonne, veuille bien de même les accepter, pour avoir bien voulu se charger de la traduction de nos auteurs allemands.

Avant de donner le plan de notre travail, il nous semble bon d'indiquer, en quelques mots, quelles sont les télangiectasies qui nous ont intéressé, et auxquelles se rapportent les observations qui figurent dans notre thèse.

Les télangiectasies présentent deux grandes classes : 1° Les télangiectasies symptomatiques ; 2° les télangiectasies semblant être primitives ou essentielles (Brocq), que l'on a appelés encore télangiectasies idiopathiques ou acquises. C'est de ces dernières que nous nous sommes principalement occupés.

Nous avons rassemblé les observations qui ont été publiées à ce sujet jusqu'à ce jour en France, nous les rapportons *in-extenso*, ainsi qu'une traduction aussi exacte que possible de celles parues à l'étranger.

Nous avons pu ajouter à ce nombre, qui est assez restreint, trois cas nouveaux que nous avons observés à l'hôpital Broca dans le service de M. Brocq. M. Delaunay, interne, ayant pris avant nous, en juin 1903, l'une de ces observations, eut l'amabilité de

nous la remettre, qu'il nous permette de le remercier de nouveau. Nous avons complété l'observation et nous avons suivi la malade au point de vue de son affection et du traitement jusqu'à aujourd'hui.

Ayant précisé celles des télangiectasies qui font l'objet principal de notre travail, il ne nous reste plus qu'à exposer notre plan.

1° *Description générale des télangiectasies, « revue des différentes formes de l'affection » (ce qu'en disent les auteurs et ce que nous avons observé nous-même) ;*

2° *Observations.*

a. — *Observations des télangiectasies essentielles amorphes.*

b. — *Observations des télangiectasies essentielles en réseaux.*

c. — *Observations des télangiectasies essentielles en plaques acquises.*

3° *Conclusions.*

4° *Index Bibliographique.*

DESCRIPTION GÉNÉRALE DES TÉLANGIECTASIES.

« Revue des différentes formes de l'affection. »

Définition. — On désigne par le mot télangiectasie, la dilatation des capillaires cutanés ; (Τῆλε, loin ; ἀγγεῖον, vaisseau ; ἑκτασις, dilatation ;) : étymologiquement : dilatation des vaisseaux éloignés du cœur.

Ces dilatations capillaires sont très fréquentes et banales. En effet, on les rencontre dans un grand nombre d'affections ; mais alors elles jouent le rôle d'un symptôme, rôle qui peut être important ou d'autres fois simplement accessoire.

Ces dilatations, au point de vue symptôme, se rencontrent dans un grand nombre de dermatoses, toutes les fois qu'il y a gêne de la circulation générale ou locale, et dans les différentes congestions, inflammations des capillaires. La classification de ces dilatations capillaires pourrait donc être la suivante : télangiectasies d'origine passive ou par obstruction, et télangiectasies d'origine active ou par congestion.

Mais cette classification ne serait pas suffisante car dans une de ces deux divisions, il peut y avoir mélange des deux causes que nous venons de citer.

Classification. — Pour la description de ces télangiectasies symptomatiques, nous empruntons la division que l'on a faite (Brocq) en deux grandes classes :

dans la première, se trouvent englobées celles qui sont symptomatiques de troubles de la circulation générale, et celles qui sont symptomatiques d'affections viscérales ; dans la deuxième classe c'est des télangiectasies symptomatiques d'autres dermatoses qu'il s'agira.

Mais, à ces deux grandes classes, vient s'en ajouter une troisième, et qui a fait l'objet principal de notre travail ; ce sont des télangiectasies qui semblent constituer à elles seules l'affection, et que l'on appelle : télangiectasies primitives ou essentielles.

Donc, nous avons :

PREMIÈRE CLASSE. — Télangiectasies symptomatiques de troubles de la circulation générale et d'affections viscérales.

DEUXIÈME CLASSE. — Télangiectasies symptomatiques d'autres dermatoses.

TROISIÈME CLASSE. — Télangiectasies essentielles.

Télangiectasies symptomatiques de troubles de la circulation générale et d'affections viscérales.

Comme affections pouvant être la cause de télangiectasies symptomatiques de troubles de la circulation générale, nous pouvons citer : l'asystolie, la cyanose, l'asthme chronique, en un mot toutes les affections cardiaques ou pulmonaires qui rendent l'hématose défectueuse ; dans ces cas-là elles sont

généralisées. Mais elles peuvent être localisées, aux extrémités dans l'asphyxie locale, à la paroi abdominale, au voisinage du foie ou de la rate, quand ces derniers sont atteints d'une affection.

Toutes les affections viscérales qui sont une gêne à la circulation locale, toutes les affections inflammatoires, sont autant de causes pour le développement des dilatations capillaires à leur voisinage.

Télangiectasies symptomatiques d'autres dermatoses.

Les affections cutanées où on les trouve sont nombreuses ; mais elles peuvent être un des éléments symptomatiques principaux de la dermatose, la couperose vraie, le rhinophyma, la kératose pilaire, l'angiokératome, le xéroderma pigmentosum, nous en offrent des exemples. Mais elles peuvent encore n'être qu'un élément accessoire, et comme types nous pouvons citer : les kéloïdes, les sclérodermies circonscrites et les morphées, le lupus vulgaire et le lupus érythémateux.

Dans ces deux principales divisions de télangiectasies symptomatiques, nous n'avons fait en somme que signaler quelques affections où l'on peut les rencontrer, nous ne rentrerons pas dans plus de détails. Nous avons voulu simplement bien montrer que dans ces dernières la cause de leur présence était

manifestement connue, par opposition à celles dont nous allons parler maintenant, et qui sont toutes différentes au point de vue du développement.

Télangiectasies essentielles.

Comme nous l'avons déjà dit, ces télangiectasies semblent constituer à elles seules l'affection. Elles sont : ou généralisées, diffuses, ou bien réunies en plaques, nettement limitées, plus ou moins nombreuses et dispersées à la surface de la peau.

Ce sont ces deux divisions qui vont nous guider dans notre description.

1° *Télangiectasies essentielles diffuses.* Dans cette division, les télangiectasies peuvent avoir des formes diverses ; les dilatations vasculaires seront plus ou moins nombreuses, et formeront à la surface du corps des réseaux, ou se rapprochant, se multipliant, se généralisant, donneront à tout le corps une coloration uniformément rouge, ou se localiseront sur telle ou telle région, en recouvrant une plus ou moins grande surface et prendront ainsi des formes non déterminées.

Aussi, a-t-on appelé ces dernières : télangiectasies essentielles diffuses amorphes ; tandis que les autres seront des télangiectasies essentielles diffuses en réseaux.

a.— *Télangiectasies essentielles diffuses amorphes.*

— Ce sont des télangiectasies qui peuvent être généralisées sur une grande partie du corps, ou d'autres fois semblent pour ainsi dire se localiser en une ou plusieurs régions.

Ce qui frappe à première vue, lorsque l'on est en présence d'un individu atteint de cette affection, c'est une rougeur diffuse des téguments : mais cette rougeur est plus ou moins accentuée suivant les régions du corps : rouge vif au creux épigastrique chez certains sujets et allant en s'atténuant vers la partie supérieure du thorax. Sur les épaules on arrive à n'avoir qu'une coloration rosée, ou même pâle, et là il nous a semblé voir en général que les dilata-tions n'avaient jamais un développement important. Cette coloration atteint encore souvent son maximum à l'abdomen et va diminuant progressivement d'intensité, se dégradant, en suivant les parties latérales du tronc, la région lombaire et l'épine dorsale. Les jambes et les fesses présentent souvent une coloration livide ; la face antérieure des bras et des cuisses est toujours moins colorée, et les télangiectasies y sont moins nombreuses qu'à leur face postérieure.

Comme nous venons de le voir les télangiectasies sont plus prononcées en certaines régions et plus colorées, pour aller en s'atténuant sur d'autres ; mais quand chez certains individus, comme nous avons pu l'observer, les télangiectasies se localisent de préférence plutôt à une région qu'à une autre, nous

ne voyons plus ces teintes dégradées aussi manifestes, et les autres parties du corps, ne présentent que quelques placards ou arborisations.

Sur un de nos malades (Obs. II) le thorax est la région la plus atteinte, les téléangiectasies sont localisées à sa face antérieure et à sa face postérieure, elles sont rares aux membres.

De chaque côté du sternum, et sur toute sa longueur, il existe une trainée verticale englobant les mamelons. Une autre trainée horizontale bien distincte de la précédente se trouve sur l'abdomen.

Dans le dos on trouve à peu près la même disposition, deux trainées verticales le long du rachis et une trainée horizontale sur la région sacrée.

La coloration présente son maximum d'intensité au centre des trainées, où elle est rouge-vif, et moins rouge sur les bords.

Les trainées téléangiectasiques de la face antérieure du thorax et celles de la face postérieure présentent, quant à leur disposition, une grande symétrie.

Chez un autre malade (Obs. III), les localisations de l'affection sont tout à fait différentes ; tandis que le corps ne présente que quelques éléments téléangiectasiques, les extrémités sont les plus atteintes : mains, pieds et tête.

Aux mains, la face dorsale est couverte de téléangiectasies diffuses, à coloration violacée, cyanosée, encore plus prononcée par la position déclive.

Ces téléangiectasies n'empiètent pas sur les deuxièmes et troisièmes phalanges, qui font contraste par

leur pâleur avec le reste de la main. Ici encore il y a symétrie, les mêmes caractères se trouvent aux deux mains. La peau, dont les plis sont plus marqués, présente un léger épaissement et une furluration également légère.

Aux pieds, et spécialement aux extrémités des orteils, les télangiectasies prennent une teinte cyanotique. Elles y sont plus nombreuses que sur le reste du membre qui ne présente que quelques petites arborisations disséminées.

La paume des mains et la plante des pieds sont toujours indemnes.

Chez ces sujets, les télangiectasies sont souvent très nombreuses au visage et surtout plus marquées au voisinage des orifices : bouche, nez, œil, autour desquels elles forment une auréole rouge vif. Sur le front et les joues on peut voir des arborisations formées de capillaires plus volumineux. C'est ce que nous avons observé sur l'un de nos malades.

Nous avons pu voir que les télangiectasies envahissent même le cuir chevelu, qui est lui-même atrophié, avec alopecie très prononcée à marche assez rapide.

Si, avec le doigt, on exerce une pression, ou si l'on tend les téguments qui recouvrent les télangiectasies, on voit la coloration disparaître momentanément. En exerçant une tension des téguments, d'abord légère, comme nous avons pu le faire à la face, sur un de nos malades, on arrive à vider un certain nombre de capillaires, qui laissent voir plus profon-

dément le réseau de vascularisation principale ; ceréseau se vide à son tour, mais incomplètement, sous l'effet d'une tension plus forte. La coloration des télangiectasies augmente d'intensité, devient rouge bleuâtre violacée, sous l'effet du froid et sous l'effet de la compression de la racine du membre.

Il est facile de voir, soit à l'œil nu, soit avec la loupe, que cette coloration n'est pas de l'érythème, mais qu'elle est manifestement due à de fins capillaires ectasiés très rapprochés, très serrés en certains points et moins nombreux en d'autres, surtout sur les bords séparant les parties télangiectasiques des parties saines.

On n'observe chez ces malades aucune douleur locale ; la peau dans un de nos cas était le siège d'un léger prurit, mais il n'y avait ni sensation de brûlure, ni cuisson.

Dans nos observations nous avons trouvé la coexistence d'atrophie cutanée, surtout du cuir chevelu, avec les télangiectasies.

Aux mains, nous avons pu remarquer certains troubles trophiques, déformation des ongles et épaisissements cornés de la pulpe digitale, qui, après leur chute laissent au-dessous d'eux une dépression cicatricielle.

Les mains sont souvent le siège d'un œdème dur, assez important pour donner une certaine lourdeur au bras et gêner les mouvements de flexion des doigts.

Nous avons constaté un abaissement de température aux extrémités, de même qu'une diminution de

la sensibilité tactile. Mais on ne trouve aucune de ces modifications au niveau des télangiectasies du thorax ou de la face.

Nous avons de même pu constater la coexistence de ces télangiectasies avec des taches de purpura et de troubles oculaires graves, atrophie blanche du nerf optique, hémianopsie, et, avec l'abolition de certains réflexes.

Les télangiectasies ne font jamais saillie à la surface cutanée.

Les antécédents héréditaires et personnels de ces malades ne présentent absolument rien de particulier. Pourtant ces malades sont, la plupart du temps, des névropathes. Nos malades étaient des obèses.

Il est toujours difficile de préciser le début de l'affection, dont la lente évolution dure des années. Pourtant dans un de nos cas elle aurait été assez rapide. Il est également impossible de déterminer la cause de ces télangiectasies dans la plupart des cas, dans d'autres on ne peut émettre que des suppositions.

On a vu ces télangiectasies se développer chez une femme, à la suite de la castration (Gaucher et Crouzon).

M. Brocq, qui observa un cas de ces télangiectasies amorphes, dit : « que peut-être le malade était artérioscléreux, ou que peut-être il avait un début de cirrhose alcoolique, mais l'on ne put rien affirmer ». Nous pourrions faire les mêmes remarques pour un de nos malades. Quant à l'autre nous avons cons-

taté, d'après une série d'analyses complètes des urines, une certaine imperméabilité rénale, actuellement cette malade présente des traces d'albuminé. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point lorsque nous envisagerons la pathogénie de l'affection.

b.—*Télangiectasies essentielles diffuses en réseaux.*

— Ce sont des vaisseaux, à trajet sinueux, irrégulier, de deux à trois millimètres de largeur, à bords mal délimités, qui dessinent des réseaux à mailles toujours irrégulièrement losangiques. Ces mailles, aux membres ont leur grand axe dirigé dans le sens de la longueur de ces derniers et atteignent de un à deux centimètres.

Ces réseaux ainsi formés peuvent siéger sur toutes les parties du corps ; mais il semble que les cuisses, les jambes, les avant-bras et les seins, quand ils sont volumineux, sont leurs régions de prédilection.

Leur coloration est bleuâtre, violacée, rarement rosée.

Par la pression digitale et la distension des téguments recouvrant les vaisseaux, on arrive à les faire disparaître complètement, ou presque complètement ; mais la situation déclive, la compression à la racine du membre, l'action du froid, les rendent plus nets et accentuent leur coloration, qui devient fortement violacée, livide.

Dans les cas qui ont été observés, il s'agissait surtout de femmes, plus rarement d'hommes.

De plus, les individus généralement atteints ont paru être des acro-asphyxiques.

En général, aucun trouble de la sensibilité n'a été observé; M. P. Gastou a trouvé cependant de l'hypéresthésie cutanée généralisée à la piqure, à la chaleur et au froid; mais le malade était hémiplégique.

Cette forme de télangiectasies en réseaux se rapproche beaucoup du livedo, dans lequel la peau prend une coloration rouge sombre.

Vicenzo Tanturri et P. Gastou ont publié chacun un cas de ces télangiectasies en réseaux.

Dans l'observation (Obs. V) de Tanturri, il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, non menstruée, qui présente sur la face, aux tempes, au front, au nez des taches rouge bleuâtre, avec épaissement de la couche superficielle de la peau et fine desquamation épidermique, et sur le reste du corps un réseau polygonal d'un rouge violacé ou bleuâtre suivant les régions. Ces télangiectasies, d'après l'observation, ont les mêmes caractères que ceux que nous avons déjà signalés: disparition à la pression, augmentation à la compression de la racine du membre.

Dans le cas de P. Gastou (Ob. IV) il s'agit d'un homme de 45 ans ayant des réseaux à larges mailles et de coloration rouge-vineux, lie de vin, violacée. De plus il signale dans l'observation, l'hérédité, car chez la fille de ce malade, il retrouve la même affection.

Dans les antécédents personnels de ces malades existent différentes affections dans le cas de Tanturri,

l'érysipèle à répétition, dans celui de P. Gastou la syphilis.

Les causes du développement de ces télangiectasies sont encore obscures ; Tanturri accuse un trouble primitif de la circulation générale ; mais le sphygmographe ne révéla qu'un peu de faiblesse de l'impulsion cardiaque ; quant à P. Gastou, il voit dans son cas, une paralysie des centres vaso-moteurs, d'origine syphilitique ; il signale de même, l'augmentation ou plutôt la généralisation des télangiectasies à l'occasion de troubles cérébraux, et chez la fille de ce malade dont il a fait remarquer l'hérédité, la généralisation des télangiectasies s'est faite à la suite d'un accouchement.

2^o *Télangiectasies essentielles en plaques.* — Elles se divisent en deux grandes catégories, suivant qu'elles sont congénitales ou acquises.

a) *Télangiectasies essentielles en plaques congénitales ou nævi vasculaires.* — Ces nævi vasculaires ont fait l'objet de nombreux travaux ; nous ne rentrerons pas dans les détails, mais il est important de les signaler, pour montrer les signes communs qui relient étroitement ces nævi vasculaires à la forme de télangiectasies essentielles en plaques acquises, dont nous parlerons dans un instant.

Il existe plusieurs formes de nævi vasculaires : ils peuvent être ou des nævi plans ou des nævi tubéreux ; ces derniers se différencient facilement des télangiectasies essentielles en plaques acquises, par

leur saillie, par leur surface mamelonnée, couverte de bosselures.

Mais il n'en est pas de même des nævi plans ; ce sont ces derniers qui peuvent prendre du développement et devenir visibles à un âge quelconque de la vie et qui nous montrent quelques caractères communs les rapprochant des télangiectasies essentielles en plaques acquises.

La coloration est rouge ou bleue, elle disparaît incomplètement à la pression, et augmente sous l'action des efforts, des cris, etc.

Souvent, ils font saillie à la surface cutanée, même on peut dire, presque toujours, ce qui ne s'observe pas pour les télangiectasies essentielles en plaques acquises ; et parfois même, ils sont couverts de poils.

Leur siège de prédilection est la face, le voisinage des orifices naturels ; mais ils peuvent se trouver sur toutes les parties du corps.

Ils peuvent être uniques ou multiples, isolés ou groupés, et presque contigus.

Leur grandeur varie ; tantôt ils sont petits, comme une tête d'épingle ; d'autres fois ils sont de la grosseur d'une lentille, et dans quelques cas ils sont étendus sous forme de nappe plus ou moins large. Ils peuvent même occuper toute la moitié de la face. Leurs bords peuvent être nets ou diffus.

Généralement, il n'occasionnent aucune douleur ni aucun trouble fonctionnel.

De ces nævi, on a fait deux divisions, en veineux et artériels, ou capillaires et artériels (Gilbert et

Herscher). Nous ne parlerons point des artériels, qui se distinguent facilement par leurs battements synchrones avec ceux du pouls ; ce qui n'existe pas pour les télangiectasies qui nous ont occupé.

Les nævi ne sont pas uniquement congénitaux ; ils peuvent se développer à tous les âges de la vie. Besnier et Doyon, de même Hallopeau, en ont observé des cas ; ces auteurs en ont fait des statistiques ; Gilbert et Herscher en ont vu se développer chez des hépatiques.

Au point de vue de l'étiologie, on a signalé plusieurs causes.

L'hérédité a été souvent constatée. Harly a vu des nævi nombreux et volumineux coïncider chez certains sujets avec quelque autre difformité congénitale ou des arrêts de développement : idiotie, hydrocéphalie, épilepsie, et dans les cas de spina bifida et de bec de lièvre.

De même, on a vu des nævi se développer, sous l'action d'une cause nerveuse, sur le trajet d'un nerf et ayant une disposition zostériforme : on les a appelés nævi nerveux, ou encore nævi systématisés.

Unna voit pour les nævi diamétralement opposés (occiput, front ; omoplate et sternum) la cause dans la compression de ces parties du corps, contre le bassin maternel, pendant la vie intra-utérine.

Gilbert et Herscher, dans une note des comptes rendus des séances de la Société de Biologie (séance du 31 janvier 1903) indiquent les affections hépati-

ques comme étiologie ; mais ils incriminent plutôt la cholémie qu'un trouble fonctionnel du foie.

A la suite de cette description sommaire, nous pouvons signaler les nævi télangiectasiques ponctués stellaires de Besnier et Doyon, qui se rapprochent des télangiectasies essentielles en plaques acquises, par quelques caractères ; et qui sont constitués par de petites ponctuations d'un rouge vif, formant une houppe centrale légèrement élevée et de laquelle émergent en rayonnant des veinules dilatées qui se ramifient ; leur coloration pâlit sous l'action de la pression du doigt ; et tandis que certaines ramifications vasculaires disparaissent, d'autres se développent sur place.

Il sera facile de voir dans la description qui va suivre les différences qui existent entre cette dernière forme, que nous avons appelé congénitale et qui ne l'est pas toujours, et celle dont nous allons parler maintenant.

b) *Télangiectasies essentielles en plaques acquises.*
— Elles semblent avoir été observées plus particulièrement chez les femmes que chez les hommes.

Dans les antécédents des individus qui en sont atteints on trouve des maladies infectieuses et des maladies chroniques. Pour les premières : la grippe, la syphilis ; pour les secondes : la néphrite chronique, la lithiasie biliaire, le cancer, le goitre. Un certain nombre de ces malades étaient obèses et la plus grande partie névropathes.

Ces télangiectasies se rencontrent à tous les âges

de la vie : un nouveau-né dans le cas de Mazocchi (Obs. X) ; une fillette de 10 ans, Morrow (Obs. XI) ; dans d'autres cas, c'est à 22 ans, à 59 ans, etc., qu'elles ont été signalées. Quant au début de l'affection il est généralement difficile de le préciser.

Au point de vue de la localisation, les plaques télangiectasiques ont été trouvées sur toutes les parties du corps, mais plus spécialement aux membres qui semblent être souvent le siège du début de l'affection. Elles sont de dimensions variables suivant les régions et les individus, en particulier sur les jambes, elles peuvent atteindre le diamètre d'une pièce de deux francs et même plus. Mais en général sur les différentes parties du corps elles oscillent entre une tête d'épingle et une pièce de un franc. La dimension la plus commune est le diamètre d'une pièce de un centime.

La forme des plaques est arrondie, plus communément ovalaire. Le grand axe de ces ovales, a des directions variables suivant les parties du corps, il est vertical aux jambes et aux cuisses, et légèrement oblique de dehors en dedans ; oblique d'arrière en avant et de haut en bas sur les parties latérales du tronc ; enfin transversal sur l'abdomen. Sur les autres parties du corps les taches ont une forme arrondie.

A la face, le plus souvent, les télangiectasies forment des arborisations, des varicosités disséminées. Les plaques arrondies y sont rares.

La paume des mains et la plante des pieds sont indemnes.

A première vue, ces plaques ont des limites bien nettes, surtout à distance, mais de près leurs bords sont diffus et on en voit partir de fins prolongements de capillaires ectasiés, qui vont se perdre dans les téguments voisins.

Elles ne font pas saillie ; au contraire, elles sont quelquefois déprimées. Leur coloration, comme leur forme, varie suivant les régions : rouge vif, rouge vineux, ou violacée.

Le repos, le séjour au lit, les atténuent, tandis que la compression à la racine d'un membre ou la station debout les accentuent.

Sous la pression du doigt elles s'effacent complètement ou en partie, ne laissant alors qu'une coloration jaunâtre. La distension des téguments produit le même effet que la pression digitale ; d'autres fois, sous l'effet de ces procédés, il persiste un léger tractus de capillaires ectasiés de coloration rougeâtre. En regardant avec attention, les fines télangiectasies qui constituent les plaques se voient assez facilement et sont d'un rouge plus ou moins vif ; sur le fond uniformément coloré de certaines d'entre elles, on voit souvent trancher des varicosités bleuâtres.

On a constaté un abaissement de température sur certaines plaques, mais généralement elle n'est pas modifiée.

Les sensibilités diverses sont en général normales ; quelques plaques seulement ont montré une diminution de la sensibilité à la douleur.

Ces plaques augmentent en nombre, à des intervalles divers, soit de mois en mois comme dans le cas de Léopold Lévi et L. Delherm et dans un de nos cas ; aussi les différents cas qui ont été observés, en présentent des nombres plus ou moins considérables, M. Brocq en a compté jusqu'à 500 sur un sujet ; Léopold Lévi et Louis Delherm 35, chez un autre, et enfin dans le cas de Léopold Lévi et Emile Lenoble le corps en était criblé.

Au niveau des plaques, l'épiderme est quelquefois légèrement plissé, parcouru par de fines lignes, qui s'entrecoupent formant ainsi une sorte de quadrillage. On a remarqué dans certains cas, une légère atrophie des téguments.

Mazocchi (Obs. X) signale cette atrophie des téguments situés au centre de plaques annulaires ; « ces plaques annulaires sont formées par la réunion de petites taches télangiectasiques, dit-il, qui ont pris naissance autour d'un follicule pileux » ; il a de même observé, au centre de ces plaques annulaires une atrophie des poils et de leurs follicules.

Dans un autre cas de cette affection, on a trouvé à la surface des plaques, des desquamations furfuracées, ou en lamelles ou en disques, d'aspect transparent, nacré, qui se détachant par leurs bords, restent fixées par leur centre (Brocq).

Sur ces plaques, en certains endroits nous avons pu voir des points blanchâtres, de la dimension d'une tête d'épingle ayant l'apparence de cicatrices souples.

Chez les individus présentant cette affection, les nævi et des productions cornées, ont été observés, de même que de nombreuses varicosités.

Les uns ont accusé une affection rénale comme cause du développement de ces télangiectasies, d'autres les ont signalées comme produites à la suite de convulsions, etc.

Suivant les cas l'étiologie a été interprétée de différentes façons ; pour d'autres cas on n'a même pas pu la soupçonner.

Anatomie pathologique.

Magocchi a pu faire des coupes histologiques de la peau d'un nouveau-né (Obs. X), présentant des télangiectasies en plaques annulaires ; il trouva de l'ectasie capillaire, avec infiltration péri-vasculaire, et il remarqua de l'atrophie dermique, épidermique et folliculaire ; les follicules pileux avaient complètement disparu en certains points. Ce sont les seuls renseignements que l'on possède.

D'autres rares examens histologiques ont été faits, mais ils n'ont rien révélé en dehors de l'ectasie capillaire.

Pathogénie.

On a invoqué successivement trois théories, pour expliquer la formation de ces télangiectasies. Chacune de ces théories appliquée à un cas n'est que partiellement acceptable. De plus il se rencontre des cas qu'il est totalement impossible d'y rattacher.

La première de ces théories est celle qui fait dépendre l'affection de troubles du système nerveux et spécialement de la paralysie des vaso-moteurs ; la deuxième repose sur la gêne de la circulation générale, on l'a donc appelée théorie mécanique ; la troisième, connue sous le nom de théorie toxique, et dont la cause serait une auto-intoxication ; rénale, hépatique, etc.

Cette dernière théorie paraît très nettement applicable dans la formation des nœvi artériels et capillaires, dans les maladies du foie et des voies biliaires (Gilbert et Herscher). Mais au point de vue des télangiectasies essentielles, amorphes, en réseaux et en plaques acquises, il nous semble qu'il n'en est pas de même, car les malades, dont nous rapportons les observations et ceux que nous avons pu observer nous-même, ne présentent aucun signe d'affection hépatique ; pourtant dans un seul cas, celui de M. Brocq (Obs. VI), aux antécédents personnels de la maladie, la lithiase biliaire est signalée.

Dans une de nos observations nous pourrions plutôt appliquer la théorie toxique rénale ; car nous avons remarqué chez la malade une imperméabilité rénale, démontrée par une série d'analyses complètes de M. Aygnac, dont nous donnons un type dans notre observation (Obs. III) et cette imperméabilité rénale, constatée depuis plusieurs mois, est compliquée aujourd'hui de la présence de traces d'albumine ; cette malade, il nous semble, pouvait avoir depuis longtemps une affection rénale à l'état latent, qui peut-être est la cause de la présence des télangiectasies ; nous trouvons une explication semblable dans l'observation de Léopold Lévi et Louis Delherm.

Dans un deuxième cas il nous est impossible d'attribuer la présence des télangiectasies à aucune des théories que nous avons citées.

Enfin, dans notre troisième cas, nous ne voyons, qu'un mauvais fonctionnement de la glande thyroïde, puisque la malade a un goitre, ou un mauvais fonctionnement de son tube digestif, qui puissent nous donner l'explication de la présence des télangiectasies.

Traitement. — En face d'une affection télangiectasique, on doit tout d'abord rechercher si elle n'est pas symptomatique d'une autre affection, dans ce cas c'est la maladie causale qui doit être traitée.

On ne connaît pour ainsi dire pas de médicaments internes réellement efficaces contre les télangiectasies : *l'Hamalis Virginica*, la *teinture de marron d'Inde* et *l'ergot de seigle*, ont été souvent employés ; dans

quelques cas ils n'ont produit que peu d'effet, dans d'autres ils sont restés sans apporter aucune modification.

Mais à côté de ces cas rebelles à toute médication, nous pouvons opposer un cas (Obs. II) où la disparition des télangiectasies a été presque totale au bout d'un an, et le malade ne prit que de l'*Hamamelis* ; sur le corps il fit des applications de pommade au goudron et de pommade à l'oxyde de zinc ; pourquoi dans ce cas-là l'action du médicament a-t-elle été aussi efficace ? Du moins nous croyons que c'est le médicament que nous devons mettre en cause ; tandis que dans d'autres cas, son action est nulle ; nous ne pouvons en donner l'explication ; serait-ce des télangiectasies dont la cause serait bénigne, par opposition à d'autres dont la cause serait maligne ; où serions-nous en présence d'un individu bien plus sensible que les autres à l'action de l'*Hamamelis* ?

Comme traitement local, on a employé différents moyens pour détruire les télangiectasies :

1° Les scarifications linéaires quadrillées ; on divise et redivise les vaisseaux le plus possible ; ces scarifications sont répétées tous les huit jours.

2° L'électrolyse négative, en employant de fines aiguilles en platine iridié, avec lesquelles on fait passer un courant de 2 à 3 milliampères pendant 15 à 20 secondes de façon à décomposer les dilatactions vasculaires ;

3° Les effluves de haute fréquence ;

4° L'électrocautère porté au rouge sombre ; avec lequel on détruit les dilatations vasculaires.

Le collodion ordinaire, le collodion riciné et le collodion au sublimé, ont été aussi appliqués localement.

Le massage, des applications de solution de chlorhydrate d'ammoniaque à 2 0/0, de sublimé au millième, ont été aussi employés, mais ces moyens sont restés pour ainsi dire sans effets, de même que les pommades d'*Hamamelis* et de savon noir.

Pour notre malade, on a tenté la thyroïdine qui a été sans résultat.

OBSERVATIONS

Télangiectasies essentielles amorphes.

OBSERVATION I

GAUCHER ET CROUZON.

*Télangiectasies généralisées consécutives à la castration
chez une femme de 28 ans.*

Mme X..., âgée de 28 ans, employée de commerce, subit le 30 mars 1901, à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Richelot), une hystérectomie vaginale pour une métrite (?) dont elle était atteinte depuis six ans et demi à la suite d'une grossesse. Les suites de l'opération sont excellentes. Elle quitte l'hôpital ; les périodes menstruelles ne sont révélées par aucun symptôme : ni bouffées de chaleur, ni phénomènes nerveux.

Vers le milieu de juillet, elle présente pendant une huitaine

de jours de fréquentes envies d'uriner et des douleurs à la miction.

A la fin de juillet, elle ressent sur la face, puis sur le corps, de vives démangeaisons et des brûlures, et elle voit apparaître de place en place des taches rouges sur la peau.

Vers la même époque, elle s'inquiète de la chute de ses cheveux qui tombaient en petite quantité avant l'intervention chirurgicale et qui maintenant tombent en grande abondance.

Cette femme vient nous consulter au mois d'août 1901. On constate alors à la face, sur les joues, une teinte rouge diffuse et, sur ce fond rouge, on peut distinguer de fins réseaux tortueux de varicosités. La peau est sèche, légèrement squameuse ; elle ne présente pas de papules ni de pustules d'acné. Sur le cuir chevelu on trouve une légère séborrhée pityriassique ; les cheveux sont clairsemés.

Sur la poitrine, on constate la présence de deux traînées de téléangiectasies partant de l'articulation sterno-claviculaire et allant à l'aisselle. Au niveau de la partie postérieure des épaules, on trouve des téléangiectasies en nappe. Sur les membres supérieurs, on constate, au niveau des bras, quelques varicosités et, sur la face externe et postérieure, une légère kératose pilaire. Aux membres inférieurs les lésions sont plus accentuées : au niveau des cuisses particulièrement, les téléangiectasies sont nombreuses, elles sont plus abondantes à la cuisse droite qu'à la cuisse gauche. On distingue, au milieu des téléangiectasies, des dilatations variqueuses bleuâtres plus volumineuses qui existent depuis longtemps, nous dit la malade, et qui sont apparues peu à peu à la suite de sa grossesse. Sur la jambe droite, on cons-

tate quelques étoiles veineuses de même nature ; sur la jambe gauche, quelques télangiectasies. Au niveau des membres, on retrouve, comme à la face, un état squameux et sec de la peau.

On prescrit à la malade un traitement général consistant dans l'administration alternative de teinture d'*Hamamelis virginica*, d'ergot de seigle et de sulfate de quinine, un traitement local de la couperose, par la glace et la lotion soufrée.

Le 4 novembre 1901, les télangiectasies sont stationnaires à la face et sur tout le corps ; la séborrhée sèche de la peau a augmenté légèrement aux membres inférieurs ; la chute des cheveux a augmenté considérablement.

OBSERVATION II (Personnelle).

Télangiectasies essentielles diffuses amorphes.

Un nommé R. F..., âgé de 58 ans, vint le 14 avril 1902, à la consultation de l'hôpital Broca, dirigée par M. Brocq ; présentant sur le thorax, à la face antérieure et postérieure, des télangiectasies essentielles diffuses amorphes, et quelques éléments de télangiectasies sur les membres.

Antécédents héréditaires. — Ni du côté de son père ni de celui de sa mère, nous ne trouvons aucune tare héréditaire ; dans sa famille, il n'y a eu aucune affection cutanée.

Antécédents personnels. — Le malade nous dit n'avoir jamais été malade, c'est la première fois qu'il a des télangiect-

tasies ; nous ne trouvons chez lui aucun signes d'alcoolisme bien que sa ration journalière de vin dépasse quelque peu la normale ; il est d'un tempérament nerveux.

Histoire de la maladie. — Il n'y aurait que six semaines, d'après les dires du malade, que l'affection existerait ; il ne peut nous préciser l'endroit et la date de son début ; mais voyant que la rougeur dont il était atteint restait sans changements, et éprouvant en même temps des démangeaisons sur le thorax depuis quelques jours, surtout prononcées au niveau du creux épigastrique, il vint à la consultation de l'hôpital Broca.

Les télangiectasies recouvrent presque en totalité le tronc, où elles sont disposées en trainées, soit verticales, soit horizontales ; le thorax offre, dans son ensemble, une coloration rouge très caractéristique.

Etat actuel. — Le malade est robuste, d'une taille au-dessus de la moyenne, il est fortement obèse depuis plusieurs années.

Au cœur et au poumon, rien d'anormal ; aucune trace de cirrhoses ne fut trouvée chez ce malade ayant fait de légers abus de boissons alcooliques.

Dans les urines, il n'existe ni sucre ni albumine.

Les télangiectasies se trouvent surtout localisées au thorax, à la face antérieure et à la face postérieure ; disposées en trainées, qui elles-mêmes sont formées par la réunion de petits éléments, de la grosseur d'une tête d'épingle, très rapprochés, se touchant par leurs bords et sans saillie à la surface de la peau.

Face antérieure. — La face antérieure du thorax présente de chaque côté du sternum une grande trainée verticale,

commençant au niveau de la clavicule et venant se terminer à la hauteur de l'apophyse xiphoïde; au niveau du mamelon, les télangiectasies entourent ce dernier; ces traînées recouvrent le thorax presque en totalité dans le sens de la largeur.

Un espace de peau indemne se trouve compris entre l'apophyse xiphoïde et l'ombilic, et s'étend dans le sens transversal, tout autour du corps.

À la région abdominale, nous retrouvons les télangiectasies formant deux petites traînées verticales de chaque côté de l'ombilic et une grande traînée horizontale recouvrant toute la partie inférieure de l'abdomen.

Face postérieure.— Au dos, les traînées télangiectasiques prennent une disposition symétrique par rapport à celles de la face antérieure du thorax.

Il existe deux grandes traînées verticales le long du rachis, une de chaque côté de la colonne vertébrale, recouvrant presque complètement le dos dans sa largeur et venant se terminer à peu près au niveau de la dernière vertèbre dorsale; à ce niveau nous trouvons un espace de peau saine d'une hauteur de 10 centimètres environ, et qui, s'étendant sur les parties latérales du tronc, va rejoindre la partie saine que nous avons observée à la face antérieure du thorax, formant ainsi une ceinture complète de peau indemne autour du corps.

Au-dessous de cet espace sain, et un peu au-dessus de la région sacrée, l'on voit une traînée à direction horizontale, qui va s'atténuant en gagnant les parties latérales du tronc, et s'étend en bas vers les fesses que les télangiectasies n'arrivent pas à gagner.

Au niveau des omoplates existe une trainée à direction oblique et gagnant les parties latérales du tronc.

Dans son ensemble, le tronc est presque entièrement recouvert de téléangiectasies. Les trainées formées par ces téléangiectasies sont d'un rouge vif à leur centre, cette couleur va se dégradant en gagnant les parties latérales du tronc, où elle arrive à n'être que légèrement rosée.

Membres. — Sur les membres, il existe une tendance aux dilatations vasculaires ; à la face postérieure des avant-bras on voit des téléangiectasies formant un placard qui s'étend de quelques centimètres au-dessous du coude, jusqu'au niveau du poignet ; là, les téléangiectasies prennent une coloration violacée, cyanosée. Sur les bras il n'y a pas de téléangiectasies, mais l'on y voit de nombreuses cicatrices de kératose pileaire.

Les membres inférieurs présentent des varices ; à la face postérieure des cuisses, vers la région médiane, les téléangiectasies s'y voient en placard composé d'éléments juxtaposés ; ces éléments téléangiectasiques sont plus volumineux que ceux du tronc qui n'avaient que la grosseur d'une tête d'épingle, et là atteignent les dimensions d'une lentille environ, se touchant par leurs bords.

On voit aux membres inférieurs quelques taches de purpura.

Les téléangiectasies disparaissent momentanément à la pression digitale ; au niveau des parties atteintes de téléangiectasies on ne constate au toucher aucune modification de la température ; les sensibilités y sont normales ; le malade n'y éprouve aucune douleur et n'a ressenti qu'un léger prurit au thorax.

Comme traitement on a administré au malade de l'*Hama-*

melis Virginica, de la pommade au goudron et de la pommade à l'oxyde de zinc.

23 décembre 1903. — A cette date le malade revient à la consultation de l'hôpital Broca, c'est-à-dire vingt mois après la première fois qu'il est venu consulter pour ses télangiectasies.

Les télangiectasies ont presque complètement disparu ; son corps n'a plus cet aspect rouge qu'il avait, l'on ne voit qu'en quelques points une légère teinte rosée ; au-dessous du mamelon droit existe une tache à bords fondus, très légèrement rosée ; à la partie inférieure de la région présternale et à gauche l'on voit trois taches de purpura.

Aux membres il en est de même, les télangiectasies ont disparu.

Le malade ne revient à la consultation que pour un prurigo siégeant au thorax, là où existaient les télangiectasies ; sur le dos, à la partie supérieure, vers les épaules, on remarque des traces de grattage ; en arrière de l'articulation scapulo-humérale gauche, on voit des papules nettement urticariennes.

Sur le front et sur le cuir chevelu existent des papules de prurigo excoりées sur un fond rouge vif, formé, il nous a semblé, de télangiectasies symptomatiques du prurigo.

OBSERVATION III (Personnelle).

Télangiectasies essentielles diffuses, amorphes.

La nommée C. A., âgée de 66 ans, cuisinière ; rentra à l'hôpital Broca, dans le service de M. Brocq, salle Vidal, le 15 juin 1903.

Présentant des télangiectasies, localisées surtout aux extrémités ; moins prononcées et moins nombreuses sur le corps.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à l'âge de 55 ans, à la suite d'une paralysie d'après les renseignements peu précis de la malade.

Sa mère est morte à l'âge de 35 ans, des suites d'une opération pratiquée à la tête ; nous n'avons pu savoir de la malade qu'elle est l'affection qui a occasionné l'intervention chirurgicale.

Elle a une sœur, âgée de 62 ans, bien portante ; atteinte pourtant d'un eczéma à la partie supérieure et interne des cuisses ; sauf cela, aucun membre de sa famille, n'a eu d'affections cutanées.

Antécédents personnels. — Il y a 7 ans à l'âge de 58 ans, elle fut prise après une promenade au soleil, d'une céphalée intense ; moins violente les jours suivants, mais qui aurait duré six mois, d'après les dires de la malade ; elle fut soignée par son médecin et ne peut nous dire quel est le diagnostic qui fut fait. Elle ne se souvient pas d'autre chose, que de son mal de tête, continuél jour et nuit, lui laissant peu de repos ;

le siège principal de la céphalée était la région occipitale.

Il y aurait trois ans, elle eut une céphalée semblable, de durée bien moins longue et moins violente.

On lui fit prendre du bromure.

Elle n'a jamais eu d'autres maladies.

Malgré son métier de cuisinière, elle n'a fait aucun abus de boissons alcooliques.

Histoire de la maladie. — Avant la première céphalée qu'elle a éprouvée, c'est-à-dire il y a plus de 7 ans, elle avait déjà remarqué, une légère coloration rouge de sa face.

Mais il y aurait, à peu près 5 ans, la malade constata aux pieds et aux mains des plaques bleuâtres, plus prononcées en hiver, peu prurigineuses et qu'elle prend pour des engelures. Ces plaques allèrent en s'aggrandissant, recouvrant ainsi toute la face dorsale des mains qui malgré tout avait dans son ensemble une teinte légèrement bleue depuis longtemps.

Depuis 3 ans les mains sont cyanosées et présentent de l'œdème; l'hiver cet œdème et la cyanose s'exagèrent, les doigts sont raides et engourdis. Depuis cette même époque la face est très rouge.

Et ce n'est, que se voyant ainsi, il y a deux ans elle alla à la consultation de l'hôpital Saint-Louis; on lui prescrivit de la pommade à l'oxyde de zinc, de l'eau arsenicale et des bains de Barèges.

Au bout de 2 mois la malade abandonna son traitement, qui a été sans résultat.

Etat actuel. — Les téléangiectasies se trouvent presque

localisées aux extrémités, ou du moins elles y sont plus nombreuses que sur les autres parties du corps.

Mains. — Les deux mains sont atteintes.

Main droite face dorsale. Elle est cyanosée, depuis le poignet environ : même en certains points, sur les parties latérales du poignet par exemple, la cyanose commence un peu au-dessus. La peau est épaissie, à petits plis plus marqués, avec une très légère furturation : la cyanose se prolonge sur la face dorsale de la première phalange de tous les doigts et sur la deuxième phalange du pouce, mais beaucoup plus foncée sur la première de ce doigt.

On voit des traces de cicatrices sur la face postérieure des premières phalanges, mais ces dernières sont plus marquées à l'index ; ces cicatrices ont un aspect punctiforme, étoilé, elles sont superficielles et non déprimées.

La face dorsale des deuxième et troisième phalanges des quatre derniers doigts, est pâle, avec œdème dur, et épaississement cutané ; cette pâleur tranche avec le reste de la main qui est cyanosé, violacé.

Les ongles présentent des déformations diverses ; l'ongle du quatrième doigt est déprimé par deux sillons transversaux ; l'ongle du troisième doigt est également déformé, par un sillon irrégulier, transversal avec imbrication des lames ; l'ongle du deuxième doigt, index, est bombé en verre de montre dans le sens de la longueur, fortement fléchi en avant, il déprime les parties molles situées au dessous, cet ongle présente des striations antéro-postérieure du lit unguéal. Ce sont des striations légères, très rapprochées, que l'on voit assez facilement en regardant de près, mais que l'on sent encore mieux avec la pulpe du doigt ; ces striations

antéro-postérieures se voient de même, bien que plus discrètes et moins prononcées, sur l'ongle du pouce et des autres doigts.

Il y a une hyperextension de la deuxième phalange sur la première du pouce, excavant la face dorsale de ce doigt ; tandis que les autres doigts sont presque continuellement dans une légère flexion ; la malade y éprouve de la raideur.

Face palmaire. — La face palmaire droite, présente le même épaissement de la peau, qu'à la face dorsale ; les télangiectasies n'y existent pas, la face palmaire de la main, n'est pas cyanosée ; les télangiectasies, la cyanose ne se voient qu'à la face palmaire des premières et deuxième phalanges mais moins prononcées qu'à la face dorsale de la main.

Les crêtes papillaires, se dessinent nettement sur la peau épaissie des premières et deuxième phalanges, que les plis de flexion cernent d'un cercle bleuâtre.

Au contraire, à la pulpe des phalangettes des quatre derniers doigts, la peau est lisse, dure, épaissie, ses crêtes papillaires sont presque effacées ; au deuxième et troisième doigts, la pulpe des phalangettes est déprimée par des cicatrices étoilées ; à l'index on n'a plus la sensation de fluctuation normale, il existe un méplat au lieu d'une convexité, il y a une rétraction dermique de la pulpe de la phalangette, on sent l'os très proche de l'épiderme.

Main gauche. — A cette main, on retrouve les mêmes dispositions des télangiectasies, qu'à la main droite.

Cyanose de la face dorsale du carpe et du métacarpe s'étendant sur la face dorsale des premières phalanges, avec épaissement cutané, accentuation des plis ; une plaque purpurique de la grosseur d'une lentille se voit à la face

dorsale de la tête du troisième métacarpien. (Edème dur de la main ; les deuxièmes et troisièmes phalanges des 4 derniers doigts sont pâles. Sillons transversaux ondulant la surface des ongles, comme à la main droite, et hyperextension de la deuxième phalange du pouce.

A la face palmaire, les télangiectasies, la cyanose, ne se voient que sur les premières et deuxièmes phalanges : état lisse de la pulpe des phalangettes et cicatrices croûteuses de la pulpe de la phalangette du deuxième et troisième doigts.

D'après la malade, là où l'on trouve des cicatrices, il n'y aurait jamais eu de plaies, sauf des desquamations en hiver.

A la face palmaire de la première phalange du troisième doigt existe une plaque de purpura, avec rétention dermique de la phalangette.

La disposition des télangiectasies, d'une main, par rapport à l'autre, est parfaitement symétrique.

Tête, face. — Tout le tégument de la tête et du cuir chevelu est d'une teinte rosée ; sur ce fond tranchent des plaques d'un rouge vif, ou quelquefois légèrement cyanosées, asymétriquement disséminées sur la face, marbrant l'une le menton, l'autre la moitié supérieure de la lèvre supérieure et les deux plis naso-géniens, l'autre la paupière inférieure droite avec une expansion vers la tempe, enfin une sur le front et une zone moins foncée sur la paupière inférieure gauche.

Ces plaques ont un fond cyanotique, ou rouge vif, sur lequel tranchent des arborisations vasculaires, étoilées ou en réseaux, assez nettement délimitées ; elles contrastent avec des zones pâles, des pommettes et des parties latérales du menton ; zones décolorées sur lesquelles tranchent çà et là quelques télangiectasies discrètes. Les oreilles sont assez

pâles, sauf la droite, qui est ourlée au niveau du lobe d'un liseré bleuâtre.

En somme il semble que la cyanose ou la rougeur, épargnant les parties latérales du visage, ait cerclé les orifices : palpébraux, le nez, la bouche ; la face ainsi bariolée de rougeur et de pâleur a un aspect tout à fait particulier.

Au front existe un léger œdème ; la peau a un aspect finement chagriné au niveau des téléangiectasies.

De même, la peau, qui recouvre les téléangiectasies du front, formant une plaque d'un rouge vif, présente à jour frisant à sa surface des dépressions linéaires et des saillies punctiformes, d'un dixième de millimètres de largeur environ, les dépressions sont anastomosées en réseaux autour des saillies ; ces saillies ont en quelques points une squame minuscule au sommet et tranchent par leur coloration blanche sur le fond érythémateux général, elles forment un fin piqueté, rappelant un peu celui du lupus érythémateux à forme congestive sans hyperkératose.

De quelques-unes de ces saillies émerge un poil, pourtant quelques poils paraissent sortir des zones déprimées ; ces détails sont très nets par la tension de la peau. Une tension plus forte et graduelle, fait disparaître la rougeur, on arrive ainsi à découvrir le réseau de vascularisation principale, qui arrive lui-même à se vider incomplètement par une tension exagérée.

Cuir chevelu. — Il y a adhérence du cuir chevelu au péri-crâne ; alopecie disséminée, mais avec exagération au vertex où elle est totale. En ce point l'atrophie cutanée est complète, l'épiderme est aminci, et couvert de croûtes séborrhéïques.

Aux bords de la zone la plus atrophiée existe des téléan-

giectasies, et au centre de cette même zone, se voit un piqueté vasculaire, léger, irrégulier, laissant des espaces blancs, à mailles larges assez épaisses, d'apparences cicatricielles.

Sur tous le reste du cuir chevelu, il y a rougeur, avec fines télangiectasies disséminées, atrophie et adhérence de la peau au péricrâne ; pas d'hyperkératose des orifices pilaires.

Dos. — La peau du dos est marbrée dans l'ensemble, épaissie, difficilement plissable, sans qu'il soit possible d'en tenir grand compte, la malade étant obèse. L'épiderme est sec, brillant, rappelle dans l'ensemble, l'apparence du tégument lichénifié.

Les télangiectasies nombreuses, sont irrégulièrement disséminées, paraissent sous forme de veinules variqueuses ou de capillaires peu visibles, groupés en placards d'une coloration légèrement rouge.

Il existe sur tout le dos, un certain degré de dermographie, un coup d'ongle dont la trace est surélevée, est très légèrement urticarienne. L'impression des plis du linge persiste longtemps en traînée rouge.

Sur l'abdomen et à la partie antérieure du thorax, on ne trouve rien de l'affection.

Membres inférieurs. — Ils ne présentent qu'un léger œdème et des varices.

Aux pieds les télangiectasies y sont disséminées, formant de petites arborisations et des petites taches peu nombreuses ; ce n'est qu'aux extrémités, aux orteils, à la face dorsale des phalanges, que nous retrouvons les télangiectasies d'une couleur violacée, cyanotique. Il y a abaissement de la température ; la plante des pieds est indemne.

La malade ne présente rien au poulmon ni au cœur ; les artères sont légèrement dures.

Les réflexes rotuliens sont presque nuls ; le réflexe musculaire du quadriceps est conservé ; réflexe achilléen nul ; pas de clonus du pied.

Les réflexes papillaires sont abolis à la lumière, la vue de l'œil gauche est complètement perdue depuis trois ans ; l'œil droit est atteint d'atrophie blanche du nerf optique, l'examen de l'œil ayant été fait par M. le Dr Sullzer, il y a de même hémianopsie temporale de cet œil, d'où probabilité : compression du chiasma des nerfs optiques. Les réflexes de l'acomodation sont faibles.

Au point de vue de la sensibilité subjective, la malade éprouve des fourmillements dans les mains cyanosées, les mouvements des doigts s'y font avec une certaine difficulté, surtout les mouvements de flexion, la malade dit y éprouver un certain engourdissement, et une sensation obtuse de doigt mort.

Il y a refroidissement des extrémités, mains et pieds.

La marche est douloureuse, il semble à la malade qu'elle marche sur des cailloux pointus et elle ne se sent pas marcher. C'est-à-dire qu'elle se sent souffrir, quand elle marche, sans éprouver une sensation nette de son pied touchant le sol.

Tous ces sens subjectifs sont exagérés par le froid de de l'hiver ; avec gonflement hivernal des extrémités et exagération de la cyanose surtout aux mains.

Diminution tactile pour les petites sensations digitales ; il y a de l'hypoesthésie digitale, mais pas d'analgésie.

Elle resta à l'hôpital jusqu'au 8 août, c'est-à-dire environ

deux mois ; M. le Dr Ayrignac fit plusieurs analyses complètes de son urine, qui donnèrent à peu près les mêmes résultats ; il nous suffira donc d'en rapporter une.

Quantité	1125
Densité	1016
Point cryoscopique	120
Poids de la malade	63 kil.
Extrait sec par litre	35.60

	<i>par litre</i>	<i>par 24 heures</i>
Chlorures.	9,8	11,025
Acide urique.	0,30 c.	0,3375
Phosphates	1,24	1,439
Azote total	8,74	9,732
Azote d'urée	7,82	8,797
Urée	16,73	18,821
Soufre total	1,75	1,968
Sulfates.	1,36	1,530
Sulfo-conjugués.	0,17 cent.	0,191
Soufre neutre.	0,22 cent.	0,247

Molécules urin. élaborées moyenne. 79.

Diurèse moléculaire totale $\frac{\Delta V}{P} = 2142$.

Diurèse des molécules élaborées. . 1071.

Taux des échanges moléculaires $\frac{\Delta}{\delta} = 2$.

$$\frac{\text{Az. U}}{\text{Az. T}} = 89/100.$$

$$\frac{\text{Acide phosphorique}}{\text{Az. T}} = 14,19/100.$$

$$\frac{\text{Acide sulfurique}}{\text{Az. T}} = 20/100.$$

$$\text{Soufre oxydé} = 87/100.$$

$$\frac{\text{Acide urique}}{\text{urée}} = 1.9/100.$$

Déminéralisation totale. 45/100

Déminéralisation chlorurée 28/100

Déminéralisation non chlorurée. . . 18/100

Résidu minéral par litre 16,06

Albumine. Néant

Sucre. id

Urobiline. id

Pigments biliaires id

De cette analyse il résulte que les rapports sont normaux, sauf le rapport des échanges moléculaires $\frac{\Delta}{\delta} = 2$, qui est

bien supérieur au rapport normal, qui est de 1,40 ; ceci démontre une imperméabilité rénale. D'ailleurs on a retrouvé depuis des traces d'albumine dans ses urines.

Pendant les deux mois de son séjour à l'hôpital elle fut soumise à plusieurs traitements ; on lui fit prendre de *l'hamamelis* et de l'ergotine qui ne donnèrent aucun résultat ; elle prit de la thyroïdine qui ne donna pas plus de succès.

Enfin, supposant, d'après les troubles oculaires et réflexes, que l'on pouvait avoir affaire à de la spécificité, on lui fit subir des piqûres au biiodure de mercure qui ne donnèrent encore aucun résultat.

12 décembre 1903. — A cette date nous revoyons la malade ; les télangiectasies n'ont subi aucune modification, la cya-

nose des extrémités persiste, elle est plutôt plus prononcée à cause de l'abaissement de la température ambiante.

La malade se plaint surtout de la chute des cheveux, l'alopecie est encore plus prononcée qu'au mois de juillet.

La pulpe de la phalangette de l'annulaire de la main gauche présente une squame cornée, légèrement bombée, en verre de montre, dont les bords sont légèrement détachés de la surface de la peau avoisinante.

On lui donne de nouveau comme traitement de *l'hamamelis*, de l'ergotine et de la teinture de digitale.

Un mois après, le 14 janvier 1904, revoyant de nouveau la malade, nous ne constatons aucune modification dans son état.

Mais l'analyse des urines révèle une petite quantité d'albumine.

La formation cornée de l'extrémité de l'annulaire de la main gauche que nous avons pu voir au mois de décembre, n'existe plus, la squame s'est détachée, laissant au-dessous d'elle une dépression cicatricielle, semblable à celles que l'on avait remarquées la première fois que la malade est venue à l'hôpital, c'est-à-dire au mois de juin.

Observations de téléangiectasies essentielles en réseaux.

OBSERVATION IV

M. PAUL GASTOU.

Dilatation vasculaire cutanée généralisée d'origine congénitale et héréditaire. Téléangiectasies vaso-motrices.

Le nommé N..., ferblantier, est âgé de 45 ans. Il est venu dans le service de M. le Dr Fournier pour des troubles névropathiques.

Son père est mort à 28 ans d'un chaud et froid. Sa mère, obèse, avait, dit le malade, une maladie de cœur; elle est morte à la suite d'une attaque, de nature indéterminée, ayant entraîné une paralysie de la langue ?

Elle a eu deux enfants : un fils mort tout jeune et le malade dont nous rapportons l'histoire.

Celui-ci ne se souvient pas avoir été malade : il eut seulement une fièvre typhoïde dans son enfance. Vers l'âge de 18 à 20 ans, il aurait eu un chancre de la verge; il ne se souvient pas s'il y a eu des accidents à la suite.

Il donne du reste des renseignements contradictoires et ce

qui suit nous est raconté par sa femme, avec laquelle il a vécu avant de l'épouser.

A l'âge de 22 ans, en 1872, bouton sur la jambe gauche, à la face interne. A la suite plaie s'étant étendue jusqu'à la cheville.

En 1873 à 23 ans, hémiplégie gauche, face intacte, ayant duré deux mois.

Marié à 25 ans, il eut à 26 ans, en 1876, pendant trois mois, une éruption boutonneuse qui s'ulcéra, formant, dit sa femme, de vastes plaies sur tout le corps. La maladie dura deux mois, les plaies étaient irrégulières et le médecin qui le vit lui donna des pilules dont on ignore la substance.

A 29 ans, aphonie subite, accompagnée d'étouffements. M. Fauvel lui donna des soins, et devant l'urgence d'une trachéotomie, l'envoya dans le service du Dr Péan. On évite l'opération ; il prend à ce moment des pilules et de l'iode de potassium. Il reste aphone pendant plusieurs mois.

A 30 ans, en 1881, après le chagrin que lui cause la non-réussite d'inventions multiples, il devient triste, préoccupé inquiet, pleurant sans motifs. Il a de la peine à parler, bredouille, perd la mémoire et il lui arrive quelquefois d'avoir des envies tellement pressantes d'aller à la garde-robe qu'il n'a pas le temps de se déculotter et fait dans son pantalon. Il urine cependant normalement.

Nouveau traitement aux pilules et à l'iode de potassium.

A 38 ans, en 1889, après une période d'amélioration, nouvelle hémiplégie gauche qui laisse le bras impotent. C'est à ce moment qu'il s'aperçoit que des taches rouges qu'il avait toujours eues sur les mains se voient aussi sur le corps.

Son état reste le même jusqu'en 1894. Il souffre de temps

en temps de la tête et se plaint d'une sensation de froid dans le membre supérieur gauche. Il ne peut plus travailler et se décide à venir à l'hôpital.

Etat actuel. — Malade bien musclé, non amaigri ; face colorée, cou entouré d'une véritable collerette rouge intense, cheveux roux.

Il existe sur les membres, le thorax en avant et en arrière, et surtout à la taille et aux jambes, un réseau formant de larges mailles de couleur rouge vineux, lie de vin, violacée, s'effaçant momentanément sous la pression du doigt, augmentant par la station debout, la marche et le froid. Les téguments du malade avec ce réseau coloré ressemble à la peau d'un cadavre recouvert de sugillations.

Ce réseau est plus net aux points comprimés. La peau à son niveau n'est ni œdématiée, ni épaissie. Dans le dos, petit molluscum pendulum. Au creux poplité droit, bouquet de varices capillaires.

Hypéresthésie cutanée généralisée à la piqure, à la chaleur et au froid, plus accentuée du côté hémiplogique.

Cette hémiplogie a presque totalement disparu, le malade serre également les deux mains. Le bras gauche est manifestement plus fort que le droit, la différence entre les deux bras est manifeste. Le malade en a conscience lui-même et se plaint que sa main gauche se refroidit très facilement et qu'il lui arrive d'avoir des engourdissements passagers. Réflexes rotuliens exagérés. Pas d'incoordination, ni de titubation, les yeux fermés ou ouverts. Pas de douleurs. Le malade marche bien, il a un tremblement léger des mains et surtout fibrillaire aux doigts. Le même tremblement se retrouve à la langue dont la sensibilité est normale. Lèvre

légèrement déviée à gauche. Langue et luette semblent déviées à droite. La voix est lente, rauque, hésitante, légèrement tremblante. Le malade a peine à se souvenir et cherche ses mots.

Le larynx, examiné par M. Mendel, présente une parésie notable des deux muscles transverses des cordes vocales ; à savoir : le thyro-aryténoïdien et le crico-thyroïdien. Grâce au défaut de tension produit par cette parésie, les deux cordes vocales se tendent insuffisamment et donnent une voix rauque. De plus, ce défaut de tension se traduit, à la vue, par la saillie des apophyses vocales des cartilages aryténoïdes et donne l'apparence d'un voile membraneux à ce niveau. Rien du côté de la vue. Ecriture lente, troublée, hésitante ; il manque des lettres dans les mots, le malade dit ne pouvoir arriver à écrire.

Le sommeil est normal, pas de cauchemars. Les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement. Le foie, la rate, les reins fonctionnent bien. Ni sucre, ni albumine. On note 26 respirations par minute. La sonorité thoracique est diminuée sous la clavicule gauche et dans la fosse sus-épineuse du même côté ; à ce niveau inspiration et expiration rudes. **Emphysème probable.**

Pouls plein, lent, dur, régulier, 80 battements à la minute, pas d'athérome.

Cœur.—A la pointe du sternum, soulèvement léger de la paroi thoracique, le second bruit du cœur à ce niveau légèrement soufflant. Quelques intermittences très espacées. Dans la fosse sus-sternale, soulèvement rythmique à trois temps : un pour la cystole, deux pour la diastole.

Nous ajouterons à l'histoire du malade qu'il a eu trois enfants

en quatre ans et demi. Sa femme a fait une fausse-couche de huit mois. Un second enfant est venu mort-né à terme. La troisième grossesse a donné un enfant à terme, mort six semaines après avec des ulcérations croûteuses sur le corps.

Enfin un quatrième enfant, venu à huit mois, est une fille qui présente les mêmes dilatations vasculaires que son père. Ces dilatations, d'abord situées aux mains, tendent à s'étendre depuis un accouchement. Cette jeune femme a eu, de 7 à 12 ans, des accès de fièvres irrégulières sans cause connue. Depuis plusieurs années elle se plaint de palpitations et de vertiges. Sensibilité normale.

La fille et le père, les ascendants paternels, ont tous les cheveux rouges et le teint très coloré.

OBSERVATION V

VINCENZO TANTURRI.

Un caso di dermostasi venosa generale ed idiopatica (Un cas de dermostase veineuse générale et idiopathique).

On recevait, il y a quelques mois, à la clinique de Naples, une jeune fille de 14 ans, non menstruée, dont le tégument avait subi, peu auparavant, un singulier changement de coloration.

Sur le visage, dont la peau légèrement gonflée est d'un rouge vineux, on distingue, au niveau des tempes, au front et au dos du nez, quelques taches rouges, bleuâtres, avec

épaississement de la couche superficielle de la peau, et fine desquamation épidermique.

La peau du cou est à peu près saine. Sur le tronc se voient dessinées les mailles d'un réseau polygonal rouge violacé au dos, aux lombes et aux flancs, bleuâtre à la poitrine, rouge au niveau de la partie inférieure de l'abdomen, plus foncé sur les parties génitales, où l'on peut voir de petites nodosités plates ou excavées; sauf quelques variantes, l'aspect est à peu près le même sur le reste de l'enveloppe cutanée.

Sous l'influence de la ligature de l'un des membres, on voyait s'accroître la teinte livide, et se former beaucoup de taches rouge-cinabre, de la grandeur d'une pièce de un centime.

La malade séjourna un mois dans les services du professeur Tanturri et le quitta peu améliorée, pour se rendre, suivant les conseils d'un autre médecin, aux bains de Telèse. Là, après avoir suivi pendant quelque temps un traitement hydrothérapique, elle prit une néphrite scarlatineuse avec anasarque et mourut en quelques jours.

Pour le professeur, il s'agissait dans ce cas d'un trouble primitif de la circulation; mais le sphygmographe ne révéla qu'un peu de faiblesse de l'impulsion cardiaque et malheureusement l'autopsie ne put être faite. Quoi qu'il en soit, il devait y avoir à la fois dermostase et transsudation du sang des capillaires et des veines; c'est ainsi du moins que Tanturri explique les taches rouge-cinabre, sans se dissimuler d'ailleurs tous les inconnus qui compliquent encore ce problème.

Cette jeune fille eut pendant plusieurs années une érysipèle de la face, érysipèle à répétition pendant la saison de

l'été ; mais depuis trois ans cette érysipèle ne s'est plus développée.

Observations de téléangiectasies essentielles en plaques acquises.

OBSERVATION VI

M. BROcq.

*Cas de téléangiectasies en plaques multiples. Présenté à
la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.*

La malade qui est entrée depuis quelques jours dans notre salle de maladies cutanées à l'hôpital Pascal est une femme de 59 ans, un peu obèse, d'aspect général relativement satisfaisant. Voici son observation, rédigée d'après des notes fournies par M. Tissier, interne du service.

Ses antécédents héréditaires sont les plus difficiles à préciser et n'offrent aucun intérêt ; son père et sa mère n'auraient jamais fait de maladies notables ; elle a un frère bien portant.

Elle a été réglée à 13 ans ; mariée à 18 ans à un architecte, elle n'a jamais fait de travaux pénibles, ni subi de fatigues exagérées. Onze mois après son mariage elle a eu un enfant. Elle a perdu son mari à 36 ans, et à 49 ans est survenue la ménopause. Elle n'a jamais été malade avant ses couches ;

immédiatement après, vers l'âge de 20 ans, elle a eu probablement quelque affection utérine.

A l'âge de 21 ans, deux ans après ses couches, elle a eu un accident primitif aux grandes lèvres avec œdème dur considérable ; environ trois mois après elle eut des accidents à la gorge ; elle alla consulter Ricord, et à partir de cette époque elle fut soignée pendant quelque temps d'une manière assez régulière pour la syphilis.

A l'âge de 26 ans, elle eut des coliques hépatiques dont les crises se sont renouvelées presque sans interruption tous les mois ou tous les deux mois jusqu'à l'âge de 40 ans : A cette époque elles ont définitivement disparu. A 41 ans, nouveaux accidents du côté du bas-ventre qualifiés de métrite et de pelvi-péritonite, et, au bout de 18 mois de maladie, ouverture d'un abcès pelvien dans le rectum.

A l'âge de 54 ans, la malade a été prise d'accidents pleuro-pulmonaires graves très probablement consécutifs à une grippe ; elle parle, comme diagnostics faits à cette époque, de broncho-pneumonie, de pneumonie, de pleurésie ; elle avait de la fièvre et toussait beaucoup.

C'est vers l'âge de 50 ans, quelques mois environ après la ménopause, qu'elle a vu apparaître pour la première fois sur la jambe gauche, puis sur la cuisse, quelques taches d'un rouge vif. Elles ne se développèrent tout d'abord qu'avec la plus grande lenteur ; mais lors de ses accidents thoraciques elles augmentèrent avec rapidité. Elle n'avait à cette époque que des varices peu apparentes constituées par quelques veínosités bleuâtres.

Dans ces derniers temps elle a consulté M. le Dr Féré pour

certaines troubles nerveux sur lesquels elle ne donne que des renseignements incomplets.

Vers les premiers jours de décembre 1896, elle a vu survenir au mollet et à la face interne du tibia droit des petites tumeurs dures, d'abord indolentes, puis qui sont devenues assez sensibles à la pression.

Etat actuel. — La malade présente sur toute l'étendue des deux membres inférieurs, disposées d'une manière assez symétrique, une quantité considérable de taches rouges dont la teinte varie du rouge vineux au rouge vif. Leur coloration varie dans ces limites suivant les éléments que l'on considère ; elle diminue par le séjour au lit, elle s'accroît au contraire par la station debout et la compression de la racine du membre. La plupart d'entre elles s'effacent complètement par la pression et surtout par la distension des téguments ; cependant un certain nombre conservent une légère teinte jaunâtre, du moins en certains points de leur étendue, et même il persiste parfois quelques petits tractus rougeâtres. En les regardant de fort près, il est possible de voir qu'elles sont constituées par de très fines téléangiectasies agglomérées, d'un rouge plus ou moins vif. Au niveau de certaines d'entre elles, il existe une ou plusieurs varicosités bleuâtres dont la teinte tranche sur celle des plaques.

Elles ne font nullement saillie à la surface des téguments ; mais à leur niveau il n'y a pas non plus de dépression. Leur forme générale est ovalaire, quelques-unes, surtout parmi les plus petites, sont arrondies ; il y en a fort peu de franchement irrégulières ; leurs limites sont assez nettement arrêtées. A la face interne et antérieure des cuisses, leur grand axe est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans ; aux jam-

bes, il est vertical. Ailleurs leur disposition est assez régulière. Elles criblent en quelque sorte les téguments des membres inférieurs. Leurs dimensions varient de celle d'une tête d'épingle à celles d'une pièce de 50 centimes : la plupart ont une surface à peu près égale à celle d'une pièce de 20 centimes en argent, mais on en voit (surtout aux jambes) qui atteignent la grandeur d'une pièce de un franc et même qui la dépassent.

On en compte environ 200 sur la cuisse droite, 140 sur la cuisse gauche, 110 sur la jambe droite, 22 sur la jambe gauche ; elles atteignent leur maximum de fréquence vers la face interne des cuisses. Il ne semble pas que la température des téguments soit abaissée à leur niveau. Les diverses sensibilités semblent y être normales ; cependant sur certaines d'entre elles la sensibilité à la douleur est peut-être un peu diminuée.

Quand on les regarde d'un peu près on ne tarde pas à remarquer deux particularités assez intéressantes :

1^o Un certain nombre présente, en un ou plusieurs points de leur surface, des taches blanchâtres, de forme générale arrondie, quoiqu'ayant parfois des limites un peu irrégulières : leurs dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une petite lentille. La teinte de ces taches est d'un blanc assez nacré, comme cicatricielle : elles donnent à l'œil l'impression d'une cicatrice ; d'ailleurs, les téguments sont parfaitement souples à leur niveau, quoiqu'ils paraissent légèrement déprimés ; ils ne sont nullement indurés ; ils n'offrent d'ailleurs aucune infiltration, aucun épaissement au niveau des plaques.

2^o La deuxième particularité qu'elles présentent est qu'à

leur surface existe une desquamation qui n'est que furfuracée sur la plupart des plaques de la cuisse, mais qui sur certaines d'entre elles, et surtout sur celles des jambes, arrive à être fort accentuée et à constituer des sortes de lamelles en disques, transparentes, nacrées, qui se détachent par les bords et qui souvent restent collées par leur centre : elles sont en somme peu adhérentes et peu abondantes. Elles sont posées sur les plaques malades comme des pains à cacheter. D'ailleurs toute la peau des membres inférieurs, même dans l'intervalle des taches, est recouverte d'une fine desquamation pityriasique.

Les téguments présentent en outre de fines dilatations des veinules sous-cutanées et des varices assez volumineuses.

Sur les mains, on trouve quelques petites taches un peu blanchâtres ; à la région lombaire, il existe une grande plaque vitiligineuse, d'aspect triangulaire, à sensibilité normale, au milieu de laquelle se rencontre une plaque de véinosités.

Sur la face interne de la jambe droite, au milieu du dos, à la face interne du bras gauche, se voient trois petites productions cornées qui n'ont pas d'ailleurs dans l'espèce beaucoup d'importance.

La langue présente vers la partie médiane et moyenne, plutôt un peu postérieure, une zone irrégulière, un peu allongée, au niveau de laquelle il y a de la dépapillation et une légère infiltration évidemment fort ancienne de la muqueuse ; il est probable qu'il y a eu en ce point de la sclérose syphilitique.

Vers la partie moyenne de la face interne du tibia droit, qui semble bosselée dans son ensemble, se voit une tumeur

un peu rosée, allongée dans le sens vertical, peu douloureuse spontanément, assez sensible à la pression, mais d'une manière variable selon les jours et donnant l'impression d'une lésion syphilitique. En arrière, vers le mollet, on en trouve deux autres plus petites.

Il y a quelques nævi disséminés çà et là sur les téguments. Toute la peau est un peu xérodermique et est criblée de nombreuses petites cicatricules de kératose pileaire.

La malade est extrêmement nerveuse ; elle s'émotionne avec la plus grande facilité ; elle se plaint de vertiges, de maux de tête.

Les poumons présentent un léger degré d'emphysème ; le cœur est normal. Les digestions sont bonnes ; il y a un peu de constipation. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine ; elles contiennent environ, pour 24 heures, 12 grammes d'urée, 9 grammes de chlorures, 1 gramme de phosphates ; on y trouve quelques leucocytes, des cristaux d'acide urique, d'oxalate de chaux et d'urate d'ammoniaque.

OBSERVATION VII

M. CHAUFFARD.

Hémophilie avec stigmates télangiectasiques.

Mme C... est actuellement âgée de 50 ans, et n'a jamais subi d'autres accidents pathologiques que ceux d'origine hémorrhagique que nous allons étudier.

Non-seulement ses antécédents personnels sont nuls, mais encore on ne peut relever dans sa famille aucune tare hémophilique ou nerveuse appréciable. Père mort hémiplégique. La mère, les quatre frères et la sœur de la malade, morts par causes accidentelles. Aucune trace d'hémophilie chez les collatéraux.

Elle-même a été réglée à 15 ans, toujours régulièrement, abondamment, mais sans métrorrhagies. Elle n'a eu ni fausse couche, ni grossesse à terme. La ménopause s'est effectuée sans encombre, il y a trois ans.

C'est à l'âge de 20 ans que, spontanément, s'est produite la première hémorrhagie. Au moment où la malade se baignait, elle sentait couler sur son front quelque chose de chaud, c'était du sang provenant d'une hémorrhagie en nappe du cuir chevelu, sur la région médiane, et, un peu au dessus du front. Arrêt spontané, au bout d'une heure environ.

Cette hémorrhagie du cuir chevelu s'est reproduite une seconde fois avec les mêmes caractères, une dizaine d'années après, sans que le médecin consulté alors ait pu constater de traumatisme ou de plaie. Il conseilla à la malade de ne se coiffer qu'avec grandes précautions, et en évitant le frottement des dents du peigne.

Un an environ après cette perte de sang par le cuir chevelu, hémorrhagie palatine qui dure de six à sept heures.

Depuis lors, hémorrhagies nombreuses, localisées en une série de points toujours à peu près les mêmes.

Aux membres. — Pulpe du second orteil gauche, où l'on constate actuellement l'existence d'un petit point violacé, gros environ comme un grain de mil. A ce niveau, un frottement un peu rude, quand la malade se lave et s'essuie les

pieds, fait soudre le sang. Souvent aussi l'hémorrhagie est spontanée, ou provoquée par la marche seule, et est assez abondante pour imprégner le bas et la chaussure.

Un peu plus tard, hémorrhagies par le médius de la main gauche, par le pouce droit ; à chacun de ces doigts, le sang s'écoule par la rainure sous-unguéale, et il semble que l'on voit à ce niveau un petit point ecchymotique. J'ai moi-même constaté plusieurs de ces hémorrhagies digitales.

Au niveau de la fourchette sternale, il s'est produit une fois une hémorrhagie par deux points ecchymotiques qui ont disparu depuis.

A la tête, outre les deux hémorrhagies du cuir chevelu, la malade a saigné une fois par le sourcil droit, où l'on note une petite ponctuation rouge, à l'union du tiers externe avec le tiers moyen ; et une fois par l'oreille gauche, sans qu'elle puisse dire si le point de départ était orificiel ou profond. Nous décrirons plus loin les stigmates très apparents de la face et des oreilles.

Par les muqueuses, épistaxis très fréquentes, tous les quatre ou cinq jours environ, tantôt par l'une des narines, tantôt par les deux à la fois ; cinq fois environ le tamponnement antérieur des fosses nasales a été nécessaire.

Plusieurs hémorrhagies palatines, dont la dernière, que j'ai pu suivre, a duré huit jours, et avait fort affaibli la malade.

Il y a deux mois, petite hémorrhagie à la pointe de la langue, et il y a trois semaines, ecchymose sous-conjonctivale de l'œil gauche, sans larmes de sang. Jamais d'hématurie, ni de mélœna.

Toutes ces hémorrhagies cutanées ou muqueuses ont été

spontanées, fortuites, et aucun molimen congestif, aucune modification de l'état psychique ne les précède ou les accompagne.

Diverses hémorrhagies traumatiques ont eu également lieu.

Il y a dix ans, ablation de la seconde petite molaire inférieure gauche (seule dent qui ait été arrachée); hémorrhagie grave, qui nécessite pendant vingt-quatre heures le tamponnement de l'alvéole.

La moindre piquûre saigne abondamment, un choc, même léger, fait ecchymose, et pour ne pas saigner des gencives Mme C... a dû renoncer à se brosser les dents; elle se contente de les frotter doucement avec un linge fin.

Voyons maintenant ce que nous montre l'examen objectif de notre malade.

C'est une femme petite, et son exiguité de taille s'explique par l'existence d'une scoliose droite très prononcée, qui a débuté vers l'âge de 15 ans et s'est accrue progressivement. Saillie postérieure costo-rachidienne à convexité droite, légère saillie thoracique antérieure gauche; élévation de la hanche gauche.

L'examen des différents organes ne révèle d'autre lésion qu'un certain degré d'artério-sclérose; la matité préaortique est de 5 centimètres, et le claquement sygmoïdien droit est un peu exagéré et retentissant; l'artère radiale résiste sous le doigt, la pression artérielle prise au sphygmomanomètre est de 21.

Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni pigments anormaux.

Le teint est pâle et un peu terreux, la figure fatiguée. Sur

le fond anémique des téguments se distinguent d'assez nombreuses stries rougeâtres, disséminées sur les joues, le front, le pavillon des oreilles.

La malade ignorait l'existence de ces petites taches sanguines, et ne peut par conséquent nous dire à quand remonte leur début.

Les caractères objectifs des différentes taches sont à peu près identiques. Par l'examen à la loupe, on constate que chaque ponctuation rougeâtre est formée par un ou plusieurs petits vaisseaux dilatés, arborescents, ou plexiformes, et pouvant former comme de petits *nœvi* en miniature.

Chacune de ces télangiectasies capillaires semble très superficielle ; le sang qu'elles contiennent est rutilant, fait à rapprocher de l'aspect artériel que présentent toujours les hémorrhagies spontanées de Mme C...

Suivant les jours, les télangiectasies semblent d'un rouge plus ou moins vif, sans que l'on puisse cependant en conclure à la probabilité ou non d'une prochaine perte de sang.

Les plus nombreuses de ces varicosités occupent la joue droite, et le pavillon des deux oreilles, surtout de la gauche.

D'autres se voient sur les revers muqueux de la sous-cloison des narines, sur le bord libre de la lèvre inférieure.

Si l'on fait ouvrir la bouche de la malade, on constate, sur le revêtement muqueux, une série de télangiectasies analogues.

Sur la voûte palatine, dans sa partie osseuse surtout, nombreuses arborescences rouge vif, taches ponctuées de même couleur. C'est au niveau de la principale de ces taches que j'ai vu récemment se produire une hémorrhagie suintante de huit jours de durée.

A la pointe de la langue, surtout dans sa moitié gauche, existe une douzaine de taches ponctuées, grosses comme des têtes d'épingles, et qui tranchent, par leur coloration rouge sombre, sur le fond rosé de la muqueuse. Deux ou trois taches analogues sur la muqueuse sublinguale.

Si nous rappelons l'existence de petits points ecchymotiques miliaires situés, l'un à la pulpe du second orteil gauche, les autres au repli sous-unguéal du médius gauche et du pouce droit, nous aurons fait à peu près le dénombrement de ces petits angiomes capillaires.

Si nous ne savons pas depuis quand ils existent, nous pouvons du moins affirmer que leur processus de formation n'est pas arrêté. Récemment, nous avons pu constater l'existence de nouvelles petites taches. Trois d'entre elles, d'un rouge vif, du volume d'une tête d'épingle, ont apparu il y a peu de semaines, sur les pulpes du médius, de l'index et du pouce droits. Une tache miliaire et rutilante s'est montrée sur la muqueuse génienne droite, un peu au-dessous des dernières molaires supérieures droites.

Les télangiectasies de la face, de la langue, de la voûte palatine, ont été très exactement reproduites, quoiqu'en proportions relativement un peu grossies, sur ces photographies et ce dessin, que je me propose de déposer au musée de l'hôpital Saint-Louis.

A cette description il faut ajouter ce fait important que, si toutes ces télangiectasies n'ont pas saigné, il semble bien que ce soit toujours à leur niveau qu'ont eu lieu les hémorrhagies ; pour certaines, je l'ai constaté directement ; pour les autres, la topographie identique paraît en donner la preuve. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

L'examen du sang, pratiqué par piqûre directe d'une pulpe digitale, a donné les résultats suivants : hémoglobine, 65 p. 100 ; globules rouges 3,689,000, normaux comme volume comme forme, se groupant en ilots, en piles régulières, sans tendance à se fusionner entre eux ; leucocytes 14,818 ; dans la cellule à rigole apparaît, au bout de 17 minutes, un mince réticulum fibrineux, qui est entièrement organisé au bout de 37 minutes.

Entre lamelles, le réticulum se montre au bout de 10, de 14 minutes. Examen fait à la température de 18°.

En somme, sang assez peu altéré ; léger état anémique avec diminution du nombre des hématies et de leur teneur en hémoglobine ; leucocytes un peu plus nombreux que normalement.

M. Hayem, dans deux cas paraissant se rapporter à l'hémophilie, a constaté un retard remarquable de la coagulation, indépendant de toute altération des éléments anatomiques, et relevant, sans doute, d'une altération chimique encore inconnue du plasma.

Je n'ai pas osé faire sur la malade une prise suffisante pour observer la coagulation dans l'éprouvette ; mais entre lamelles ou dans la cellule à rigole, la formation du réticulum fibrineux m'a paru un peu retardée, et de plus, très peu abondante.

OBSERVATION VIII

LÉOPOLD LÉVI et LOUIS DELHERM.

Mme O....., âgée de 33 ans, entre dans le service de M. le D^r Mathieu à l'hôpital Andral le 5 mars 1900.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à l'âge de 32 ans ; la malade ne peut préciser la maladie à laquelle il a succombé.

Sa mère est morte tuberculeuse à l'âge de 32 ans.

Elle a eu cinq frères ou sœurs, deux sont morts en bas-âge de maladie inconnue, deux sont vivants et bien portants, une sœur âgée de 35 ans tousse un peu et est obèse.

Antécédents personnels. — La malade n'a point eu de maladie dans son enfance. Elle a été réglée à 13 ans et a toujours eu des règles normales. Vers l'âge de 17 ans, elle a été prise d'anémie qui malgré un traitement par le fer et le quinquina a duré une année. La malade n'avait pas d'albuminurie à cette époque de sa vie.

Elle a deux enfants vivants. L'aînée est une fille âgée de 13 ans, l'autre un enfant de 9 ans ; tous les deux sont bien portants.

En 1893, elle a fait une fausse couche de quatre mois 1/2, à la suite de laquelle s'est déclarée une péritonite qui a nécessité un séjour de cinq mois à Lariboisière.

En 1897, elle est prise de grippe à forme nerveuse et articulaire avec douleurs dans les poignets, les coudes, les épaules.

les. Elle a craché un peu de sang, et n'a pas eu de fièvre durant cette attaque.

On aurait fait à ce moment le diagnostic de myocardite, et l'on soumit la malade à la digitale. A cette époque on n'a pas constaté la présence d'albumine dans les urines, c'est un peu avant cette grippe qui fut soignée à Laënnec dans le service de M. Hirtz que la malade constata l'apparition de trois premières taches télangiectasiques : à l'avant bras, au genou, au pied.

En 1898, et jusqu'en mars 1899 la malade fut en très bonne santé. A ce moment elle se plaignit de céphalalgie, de crachements de sang, d'œdème de jambes. Elle vint à Andral et l'on put constater qu'elle urinait fort peu. On la mit au régime lacté, et après un séjour de trois semaines elle sortit considérablement améliorée.

Le 22 août de la même année elle entra de nouveau à Andral pour des accidents du même genre. La céphalée était presque continuelle et s'exaspérait vers le soir, elle se plaignait de sensations d'étouffement ; l'examen des urines montra la présence d'albumine.

On la mit au régime lacté, et six semaines après elle partait pour le Vésinet avec le diagnostic de néphrite.

Le 25 mars 1900, nouveau séjour à Andral, elle vient pour des symptômes d'albuminurie et de petite urémie, et nous procédons à son examen complet.

Examen de la malade. — C'est une femme de taille moyenne, très obèse, au teint pâle, qui présente sur le ventre un pannicule adipeux très considérable.

L'examen du cœur montre l'existence d'un léger bruit de galop. Le poumon ne présente rien d'anormal dans ses

deux tiers supérieurs, mais il existe aux bases des râles de congestion pulmonaire. La langue est saburrale, et il existe un peu de constipation.

La malade est très nerveuse. Elle n'a jamais eu de crises d'hystérie mais elle a parfois une sensation de boule remontant vers la gorge. La recherche de la sensibilité montre qu'elle est partout normale. Le réflexes sont également normaux.

La malade est atteinte de pollakiurie nocturne, elle est obligée de se lever trois et quatre fois par nuit. La quantité totale d'urine dans les 24 heures était de 1200 grammes le premier jour, et est montée rapidement à deux litres et demi. Elle avait un peu d'albumine quand elle est entrée. Cette albumine a disparu au bout de quatre ou cinq jours. Elle présente, enfin, certains signes du petit brightisme, elle se plaint en outre d'avoir depuis quelque temps la vue plus faible.

Grâce au traitement et au repos, la malade ne tarde pas à s'améliorer, le pouls reprend son ampleur et sa régularité normales, l'albumine disparaît des urines, et la malade peut quitter le service guérie des phénomènes albuminuriques qui avaient déterminé son entrée à l'hôpital.

Le 3 octobre 1900, nouveau séjour à Andral où elle entre encore pour les signes de brightisme qu'elle présentait autrefois. La vue est un peu basse, et le matin au réveil elle a de la bouffissure des paupières, il existe aussi de l'œdème des jambes. Le bruit de galop que l'on avait constaté persiste; la pointe bat dans le cinquième espace intercostal, est difficile à rechercher. Les bases sont congestionnées. La quantité d'urine émise en 24 heures est de un litre environ. Le 13 novembre il n'y avait plus d'albumine.

La tension artérielle était de 21 centimètres de mercure le 8 octobre dernier.

Une analyse d'urine, due à l'obligeance de Mlle Mazot, pharmacienne du service, donne les résultats suivants:

Volume en 24 heures.	1850 centimètres cubes.
Couleur	: jaune clair.
Aspect	trouble.
Consistance.	normale.
Odeur.	normale.
Réaction.	acide.
Densité.	1,010.

Eléments normaux :

	<i>Par litre.</i>	<i>Par 24 heures.</i>
Urée.	10 gr. 90	20 gr. 165
Chlorures	6 gr. 20	11 gr. 047
Phosphates. . . .	1 gr. 27	2 gr. 349

Eléments anormaux :

Sucre.	Néant.
Albumine :	0 gr. 50 par litre.
Indican	Un peu.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, une injection de bleu de méthylène de 5 centigrammes a été faite le 4 novembre. Le chromogène est apparu au bout d'une demi-heure, le bleu deux heures seulement après la piqûre, il existe donc un retard dans le début de l'élimination. Cependant la durée totale du passage du bleu dans l'urine peut être considérée comme normale (48 heures).

Une analyse complète des urines a été pratiquée le 25 novembre 1900 et est due à l'obligeance de Mlle Mazet, interne en pharmacie, qui a bien voulu nous remettre en même temps les résultats de l'examen cryoscopique.

Volume total	1625 grammes.
Couleur.	Jaune clair.
Aspect	Trouble.
Dépôt	Floconneux.
Consistance	Normale.
Odeur	Normale.
Réaction	Acide.
Densité.	1,017.
Urée.	21 gr. 26 par litre.
Chlorure	9 gr. 50.
Phosphates	1 gr. 92.
Sucre	Néant.
Albumine	0 gr. 30.
Indican.	Un peu.

Cryoscopie :

$$\Delta = - 10475.$$

$$P = 91 \text{ kg } 700.$$

$$V = 1625 \text{ cent. cubes.}$$

$$\text{Diurèse moléculaire totale. . . } \Delta V/P = 2613.$$

$$\text{Diurèse des molécules élaborées. } \Delta \delta V/P = 1586.$$

$$\text{Taux des échanges moléculaires. } \Delta/\delta = 1,64.$$

On a enfin pratiqué l'examen oculaire qui a donné les résultats suivants :

Réaction faible.

Contraction de la pupille qui ne persiste pas. Astigmatisme éverse, surtout à droite. Papille normale à gauche et à droite.

Examen des télangiectasies. — Des examens successifs ont été pratiqués, au mois de mai et au mois d'octobre 1900.

Les premières télangiectasies se sont montrées il y a trois ans, en mars 1897, c'est-à-dire très peu de temps avant que la malade ait contracté la grippe. Elle s'en est aperçue accidentellement, elle croyait avoir été mordue par des insectes.

La première tache s'est montrée sur la face antéro-interne de l'avant-bras à 10 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus. Elle était plus rouge que maintenant.

A la même époque s'est développée une deuxième tache sur la cuisse droite, à cinq centimètres au-dessus du genou, un peu sur la région externe ; elle a actuellement 8 millimètres sur 4, elle est rouge vif ; elle paraît avoir augmenté de volume depuis son apparition.

Enfin, au même moment, sur la face dorsale du pied droit, deux autres télangiectasies se sont produites, une immédiatement au-dessous de la malléole externe, une autre à la racine du deuxième orteil. Cette dernière a environ 8 millimètres sur 4.

Donc il y a eu, en mars 1897, une première poussée de quatre éléments.

Plus tard deux autres taches actuellement beaucoup plus rouges que les précédentes, sur lesquelles on peut distinguer de petits vaisseaux, sont apparues sur la face proximale du cinquième métatarsien.

Il y a huit mois, sur la face externe de la jambe gauche, à quatre travers de doigt de l'interligne articulaire, une nouvelle télangiectasie, autrefois beaucoup plus rouge, et trois fois moins petites, actuellement d'un centimètre de diamètre, s'est manifestée.

Une quatrième poussée de quatre éléments s'est localisée au-dessus de la malléole externe de la même jambe.

Une cinquième série s'est localisée sur la malléole interne de la jambe gauche.

Sur le mollet gauche excision des plaques que la malade dit être tout à fait récentes.

Sur la cuisse gauche il s'en est formé trois distantes, l'une de l'autre, de sept à quatre centimètres, placées sur une ligne horizontale à 17 centimètres au-dessus du genou. La plus externe a un centimètre de diamètre.

Sur l'abdomen se concentrent aussi deux télangiectasies, une à droite et une à gauche de la ligne médiane, toutes les deux sont d'acquisition récente.

Au dos, au-dessus du sillon anal, et à cinq centimètres en dehors, on voit deux plaques de coloration rouge vif, distantes l'une de l'autre de sept centimètres.

En résumé, les télangiectasies sont apparues par poussées : première poussée télangiectasique en mars 1897, composée d'éléments, un à l'avant-bras, un à la cuisse droite, deux à la face dorsale du pied droit.

Deuxième poussée quelques mois plus tard, sur le pied droit.

Troisième poussée il y a huit à dix mois, à la jambe gauche.

Quatrième poussée composée de quatre éléments, sur la malléole externe de la jambe gauche.

Cinquième poussée sur la cuisse gauche.

Enfin sur l'abdomen et le dos, dernière création.

Le 18 novembre, nous pratiquons un nouvel examen des télangiectasies.

La plaque de la cuisse droite qui est apparue il y a trois ans

nous semble légèrement desquamée et furfuracée, elle s'efface à la pression et à la distension de la peau.

Deux nouvelles plaques sont apparues au niveau des deuxième et troisième métatarsiens ; elles ne sont apparentes que lorsque la malade marche ou qu'elle s'expose à la chaleur.

Les plaques apparues dans les dix derniers mois ont une tendance à devenir beaucoup plus pâles, et même très légèrement brunâtres.

Sur la fesse gauche ont apparu sept nouvelles plaques. Deux sont distantes de 13 centimètres de la partie supérieure de l'échanerure anale, et séparées l'une de l'autre par une distance d'un centimètre environ. Leur coloration est rouge violacé. Leur dimension de 5 à 6 millimètres.

A 5 centimètres au-dessous et écartée de la ligne médiane de 18 centimètres environ, existe une autre télangiectasie de la même dimension.

A 13 centimètres de la ligne médiane, existe une tache plus particulière, elle est volumineuse et elle entoure un petit espace de peau saine.

Sur la fesse droite il y a trois plaques nouvelles qui n'ont pas toutes le même volume ; l'une est près du sillon ano-rectal à 8 centimètres de haut de l'échanerure, une deuxième est à 4 centimètres de la ligne médiane.

La troisième, distante de 10 centimètres de l'échanerure, ne s'efface pas complètement sous la pression du doigt.

Caractères des télangiectasies. — Ces taches sont au nombre de 35. Elles sont disséminées sans disposition régulière au niveau des membres inférieurs, des fesses de l'abdomen, du membre supérieur gauche. Fait à signaler, le bras gauche

ne présente qu'une télangiectasie, — la première en date, — le bras droit est absolument indemne, il en est de même de la face. Il semble donc que ces taches soient plus particulièrement localisées aux parties déclives.

Ces télangiectasies ne sont pas saillantes, elles sont maculeuses, non perceptibles au toucher. Une seule qui siège à la face externe du genou droit présente une légère saillie qui est plus lente à disparaître à la pression, et réapparaît la première dès qu'on a cessé d'exercer une compression.

La forme générale de ces télangiectasies est d'apparence ovale, arrondie, triangulaire, mais en réalité elles n'ont aucune limite définie.

L'examen à la loupe montre que la partie centrale est en général formée d'un fin chevelu de vaisseaux capillaires. Quand on distend légèrement la peau, le fond violacé disparaît d'abord, il ne reste que le lacis vasculaire ; quand on distend au maximum tout disparaît (cette description a été faite d'après la tache du genou droit).

Il existe à la surface des télangiectasies une légère desquamation furfuracée.

Il n'y a pas de cicatrices à leur niveau. Au centre d'une de nos plaques une parcelle de peau saine se trouve englobée, ce fait aurait pu prêter à confusion.

Les télangiectasies ne sont pas le siège de démangeaisons.

La coloration est variable ; certaines sont rouges, d'autres violettes, d'autres beaucoup plus sombres. Quelques-unes même ont une tendance à devenir brunâtres.

Leurs dimensions oscillent entre 1 et 2 millimètres et plusieurs centimètres.

La pression du doigt les efface complètement.

L'action du froid et du chaud est nulle, de même que la compression exercée à la racine du membre.

Compression sous l'action de la marche.

La sensibilité des téléangiectasies a été plusieurs fois recherchée. Nous avons constaté une absence de sensibilité à la chaleur et à la douleur à deux reprises différentes. Une troisième épreuve a été douteuse.

La température locale au niveau des plaques est difficile à prendre ; elles sont, en effet, plus petites que la cuvette du thermomètre. Nous avons pu constater néanmoins qu'il n'y avait aucune différence avec la température du reste de la peau.

Ajoutons enfin en ce qui concerne la peau, qu'elle est le siège de bouquets de varices profondes et qu'il existe en assez grande quantité des nævi pigmentaires, de coloration toute différente des téléangiectasies, et ne s'effaçant pas sous la pression du doigt.

OBSERVATION IX

LÉOPOLD LÉVI ET EMILE LENOBLE.

Un cas de téléangiectasies généralisées.

Marguerite Houg ., âgée de 70 ans, admise à la Salpêtrière, dans les divisions dépendant du service du professeur Raymond

Antécédents héréditaires. — Ne connaît pas d'affection cutanée dans sa famille. Sa grand'mère paternelle a vécu jusqu'à 80 ans. Sa grand'mère maternelle est morte âgée. Elle ne sait rien de ses grands-pères. Son père est mort à 32 ans d'accident, sa mère à 62 ans.

Antécédents personnels. — Elle-même a eu un enfant qui est mort pendant l'accouchement. Elle a été réglée à 17 ans régulièrement. Ménopause très précoce à 36 ans, sans relation avec l'affection cutanée qui n'est apparue que 10 ans plus tard.

Née à terme, élevée au sein par sa mère, a marché et parlé de bonne heure. A eu « de la gourme dans les cheveux », étant enfant. Elle n'a pas eu d'affection de la peau pendant son enfance.

Rougeole dans l'enfance. A 16 ans, une « fièvre rouge (?) » avec fièvre, délire, coloration rouge de tout le corps, qui ne paraît pas avoir été la scarlatine, car il n'y a pas eu de desquamation consécutive. N'est pas sujette aux engelures, ni aux troubles vaso-moteurs des mains.

Elle raconte que, vers l'âge de 25 ans, un jour qu'elle tissait, son mari remarqua que la face, le cou, les mains de sa femme étaient le siège de rougeurs généralisées (?) qui disparurent au bout d'une heure et qui ne s'étaient accompagnées d'aucun phénomène subjectif ; en particulier, il n'y avait pas eu de prurit. Vers la même époque, le mari constata au niveau de la face postérieure de la cuisse un véritable bouquet dessiné par des varices profondes.

Début. — C'est vers 1870, qu'elle remarqua, pour la première fois, l'affection cutanée dont nous nous occupons ici. Bien que la malade se soit fort peu observée, qu'elle n'ait guère fait attention à son affection, qu'elle n'ait pas depuis 25 ans

consulté de médecin, enfin que ses réponses soient en général peu précises, il est un certain nombre de faits qu'elle raconte, et que nous acceptons avec les réserves qui viennent d'être énoncées. En 1870, il n'y aurait eu que la partie inférieure des seins et la partie postéro-inférieure des deux bras présentant des taches. Il n'existait pas encore à ce moment-là de placards, mais bien des éléments isolés comme sur le reste du corps. Les membres supérieurs auraient été pris successivement, avant les membres inférieurs. Enfin, il existerait, depuis 1870, des démangeaisons.

La malade n'offre pas de signe d'alcoolisme (pas de cauchemar, pas de tremblement) et n'accuse pas d'habitudes éthyliques.

On ne relève pas chez elle de syphilis ; ni accident primitif, ni accidents secondaires, ni stigmates syphilitiques.

Examen actuel. — La malade ne présente aucune affection nerveuse caractérisée, aucun trouble nerveux. L'appareil digestif est intact. L'appareil pulmonaire n'est pas le siège de grosses lésions. L'auscultation du cœur est négative en ce qui concerne tout bruit de souffle. Le pouls marque 80 pulsations à la minute, les artères sont légèrement indurées. L'urine ne contient ni sucre, ni albumine, ni urobiline.

Tout l'intérêt du cas porte sur la peau. Sur tout le corps, face, membres, thorax, abdomen, existent des éléments isolés sous formes de taches dont les caractères importants sont les suivants :

Ils s'effacent incomplètement sous la pression du doigt. Les placards sont très légèrement plus froids que les parties saines voisines.

Thorax (partie postérieure). — Les lésions commencent

vers la quatrième à la cinquième vertèbre dorsale. Elles forment là une sorte de V à sommet supérieur à branches, non pas linéaires, mais terminées à leur extrémité externe par de véritables plaques. On trouve, en analysant, des éléments isolés, confluent ou cohérents, de la coloration rouge des érythèmes, laissant des intervalles plus ou moins grands de peau saine, dont la coloration est parfaitement normale. Il y a en outre une apparence grenue à l'œil. Cependant le doigt ne perçoit pas d'élevures nettes.

Chaque élément isolé a une couleur rouge uniforme détachant nettement sur la peau qui l'avosine, sa forme est plus ou moins ovale, les dimensions sont variables, variant de la grosseur d'un petit pois à celui d'un placard de plusieurs centimètres de large. L'élément s'efface incomplètement sous la pression, devient jaunâtre et reprend rapidement son aspect habituel.

Plus bas, de chaque côté de la colonne dorsale inférieure, on trouve des taches isolées près de la ligne médiane, des placards non uniformes sur les parties latérales, d'une teinte moins foncée que les branches du V.

Au-dessus du V, il y a quelques rares éléments isolés, en particulier un placard rouge au-dessus de l'omoplate gauche. Entre les branches du V, on voit des taches à saillie et à coloration moins accentuées.

Thorax antérieur. — En avant, lésions dans la région cervicale qui, très rapprochées de la ligne médiane, s'écartent en se dirigeant plus bas vers les creux axillaires.

Au niveau de la face inféro-antérieure des mamelles, immenses taches (placards), plus accentuées à gauche qu'à droite.

Le mamelon est plus rouge à gauche qu'à droite.

L'abdomen est le siège d'une série de taches isolées.

Membres supérieurs. — Vu par derrière, les bras présentent une immense tache rouge vineuse disposée symétriquement à la partie interne et postérieure du bras et d'une étendue de 15 centimètres environ. Les bords sont déchiquetés et se développent d'une façon inégale, en haut, en dehors, en dedans, sur la peau saine sur laquelle ils tranchent par leur couleur. Ils ne dépassent pas l'olécrâne. Ils ne font aucune saillie et leur bord est nettement arrêté.

On trouve les caractères d'effacement presque complet sous la pression du doigt, de refroidissement léger, que la main constate, et qui se traduit, au thermomètre à température locale, par une diminution de 2 à 5 dixièmes de degré (37°7-36°2), par rapport à la peau voisine.

Les bras, vus en avant, montrent des taches confluentes dans les aisselles. Les autres éléments font partie du placard signalé, à la partie interne et postérieure.

Au niveau des avant-bras, les éléments siègent sur la face antérieure et postérieure ; ils commencent à cinq travers de doigt au-dessous du coude et ne dépassent pas le poignet.

On trouve enfin au niveau du dos des mains, dépassant le poignet et rejoignant, de chaque côté, les éléments des faces antérieure et postérieure du bras. Ils s'arrêtent vers le milieu du carpe.

On trouve du côté gauche deux taches sur la première phalange du médius et l'annulaire.

Ce qu'il faut remarquer pour les membres supérieurs, c'est l'intégrité des épaules, l'intégrité presque complète des plis du coude et de la face antérieure du bras, l'intégrité absolue des faces palmaires.

Membres inférieurs. — Placard considérable avec éléments cohérents à la face postérieure et externe de la hanche (surtout à gauche), et au niveau du pli des aines (plus marqué à droite).

La face antérieure des cuisses offre le maximum des lésions du côté droit; la face postérieure des cuisses et la face interne sont relativement respectées.

Lésions accentuées en avant du genou droit.

Rien à la face antérieure des jambes droite et gauche, éléments à la face postérieure.

Quant aux pieds, il existe des taches siégeant à la face interne, à la face externe, au niveau du dos du pied, au niveau de la malléole externe gauche. La plante est épargnée.

Face. — Sur la face, il existe quelques plaques au niveau des pommettes, des joues, du nez, de l'oreille droite (surtout) et de l'oreille gauche.

On produit avec facilité sur le thorax, la raie urticarienne rouge. Il existe, de plus, une légère surélévation de la peau au niveau de cette raie.

On constate en outre des varices très prononcées, superficielles et profondes, au niveau des membres inférieurs.

Une dilatation des veines du dos de la main, de la face postérieure de l'avant-bras et externe du bras, qui paraît s'accroître en même temps que la coloration des taches. Enfin celles-ci sont plus colorées au-dessous d'une compression exercée à la racine du membre. En aucun point, la peau, légèrement atrophiée par la sénilité, n'est épaissie. On ne constate nulle part de desquamation.

La malade ne souffre nullement de son affection cutanée. Elle n'avait jamais consulté depuis vingt-cinq ans qu'elle en est atteinte; elle éprouve seulement des démangeaisons qui exis-

taient, dit-elle, depuis le même temps. Ces démangeaisons, qui se reproduisaient, chaque jour, n'ont pas déterminé de lésions de grattage.

On ne constate aucun élément éruptif sur la muqueuse buccale et linguale. Jamais de prurit en ce point.

La malade est venue nous consulter pour une tumeur maligne du sein droit : carcinome s'accompagnant d'un paquet de ganglions sur la paroi thoracique de l'aisselle correspondante. Il n'y a pas d'ulcération de la tumeur, qui est légèrement ramollie et fluctuante.

On voit, en somme, des lésions très étendues avec une tendance à la symétrie (bien que l'accentuation des lésions se fasse tantôt plus à droite, tantôt plus à gauche) avec prédominance au niveau des extenseurs ; avec intégrité de quelques parties du corps : paume des mains et plante des pieds.

Elles intéressent la face, le cou, le tronc, l'abdomen, les membres supérieurs et inférieurs.

Taches et placards, en général, s'effacent incomplètement, sous la pression, sont moins chauds que les parties de la peau saine. A leur niveau, et dans leur intervalle, la peau n'est pas épaissie ; il n'existe pas de desquamation.

Un autre fait est à signaler : c'est l'influence non douteuse des émotions et du froid pour l'accentuation de la coloration des taches, ainsi que de la compression de la racine du membre.

Pour le froid, la malade avait maintes fois constaté le fait en allant blanchir son linge. Nous l'avons vérifié.

Enfin, nous avons noté, que sous l'influence d'une émotion, le dos des mains avait une coloration très accentuée. Les veines étaient distendues.

Nous donnons une analyse complète des urines de la malade, que nous devons à l'obligeance de M. Rouyat, interne en pharmacie à la Salpêtrière.

On remarquera que cette analyse ne diffère en rien de celle d'une urine normale.

Analyses d'urines. — Volume, 700 centimètres cubes ; aspect louche ; couleur jaune ambrée ; dépôt léger, floconneux, mêlé d'une petite quantité d'un dépôt granuleux, rougeâtre d'acide urique ; réaction franchement acide ; densité 1,024.

Éléments normaux. — Urée 17 gr. 083 par litre, 11 gr. 958 par vingt-quatre heures.

Acide urique, 0 gr. 50 par litre, 0 gr. 35 par vingt-quatre heures.

Phosphates (en PhO^3), 2 gr. 141 par litre ; 1 gr. 498 par vingt-quatre heures.

Chlorures (en NaCl), 17 gr. 25 par litre, 12 gr. 075 par vingt-quatre heures.

Éléments anormaux. — Glucose et albumine, néant.

OBSERVATION X

MAJOCCHI.

Purpura annularis telangiectodes. Telangiectasia folliculari annulata.

PREMIER CAS. — Il s'agit d'un nouveau-né qui a vécu à peine trois mois et qui est venu au monde avec plusieurs mal-

formations, bec-de-lièvre, oreille droite incomplète, polydactylie à la main droite double pouce, asymétrie de la face dont la moitié droite est plus petite.

Histoire de la maladie. — Les antécédents des parents sont inconnus ; aucuns signes syphilitiques n'ont pu être trouvés ; au moment de la naissance de cet enfant la peau était uniformément rouge sur tout le corps, surtout sur le dos et où se montrait çà et là de petites taches punctiformes d'une coloration d'un rouge livide ou brun. Au bout de deux semaines la rougeur générale de la peau commença à s'affaiblir et disparut entièrement en peu de temps.

Mais à mesure que la peau pâlisait, les taches que je viens de décrire apparaissaient plus nettes, leur intensité de coloration augmentait et ainsi que leur nombre. Lorsque j'ai eu l'occasion de voir l'enfant, j'ai observé chez lui ce qui suit.

Caractères objectifs de la dermatose. — On voit sur le corps de nombreuses taches en forme de points, de lentilles ou d'un trait, de couleur rouge livide, ne disparaissant pas à la pression, sans desquamations, plus nombreuses sur le dos que sur la poitrine, où elles sont très disséminées ; mais sont rares aux extrémités.

Au premier coup d'œil, ce qui est le plus remarquable c'est la réunion de ces taches, arrivant à former des taches plus grandes et annulaires, parfaitement délimitées. Ces taches annulaires avaient comme diamètre de $1/2$ à 2 centimètres ; très rapprochées les unes des autres, même en quelques points confluentes, formant ainsi des traînées de différentes longueurs et qui sur le dos étaient ordonnées de différentes manières ; de telle sorte que le dos semblait en être littéralement couvert.

Sur la poitrine les taches étaient plus disséminées, moins

nombreuses, n'avaient pas la même disposition, et ne montraient que çà et là une tendance à se réunir en petits segments de cercles.

Aux membres inférieurs, où le nombre était encore plus restreint, les taches avaient une forme annulaire, et rapprochées l'une de l'autre.

Mais, ce qui était encore remarquable, c'est qu'au centre de ces taches annulaires, la peau avait une apparence brillante, avec une légère pigmentation et un peu déprimée.

Presque à toutes ces taches on pouvait remarquer une ectasie des capillaires cutanés, très nette à la loupe ; cette dermatose s'étendit très lentement, de telle sorte qu'en plusieurs semaines il ne se forma à peine une nouvelle tache.

Au commencement du troisième mois l'enfant tétant difficilement par suite de son état faible alla en dépérissant, une diarrhée vint aggraver son état et il mourut à la fin du troisième mois.

Comme je l'ai déjà dit il a été impossible, pendant la courte vie de l'enfant de trouver la moindre trace de syphilis; la nourrice se montra quelques mois après sans aucune lésion syphilitique de la mamelle ni rien, qui aurait pu faire soupçonner cette affection.

J'ai eu le bonheur de pouvoir avoir un morceau de peau de l'enfant mort et à l'occasion, l'étudier histologiquement.

DEUXIÈME CAS. — Un nommé E. Zappoli âgé de 21 ans, de Mantoue ; se présenta le 25 mai 1894 à notre clinique.

Il a remarqué depuis un an et demi l'apparition d'une éruption à la partie inférieure des cuisses, qui ne lui causa pas la moindre douleur. Comme antécédents personnels il a souffert à

l'âge de 14 ans de douleurs rhumatismales aux membres inférieurs, ces douleurs cependant d'après la description du malade avaient plutôt un caractère névralgique et il ne se souvenait pas du tout, si à ce moment, la peau des membres inférieurs présentait des lésions ; ensuite, au mois d'août 1892, il se rendit à Savone, où il remarqua après huit ou dix bains de mer, le commencement d'une maladie, caractérisée par quelques taches rouges, qui augmentent en nombre, de jour en jour ; et cependant les douleurs des membres inférieurs étaient entièrement disparues.

Le malade considérant les bains comme la cause de l'apparition des taches rouges, cessa d'en prendre ; et commença un traitement local avec différentes pommades et un interne, avec de l'iode de potassium, cette dernière prescription nous fit soupçonner les lésions comme pouvant être de nature spécifique ; nous fîmes des recherches sérieuses, pour voir si le jeune homme avait déjà eu des accidents syphilitiques. D'après l'histoire de la maladie et d'après l'examen direct du patient, nous écartâmes avec certitude la syphilis ; nous fîmes aussi des recherches pour voir d'autres causes du développement de la maladie, sans parvenir à une conclusion certaine.

Malgré tous les traitements aussi bien locaux que généraux, l'éruption se développa lentement dans la suite et prit des caractères plus précis ; la maladie allant toujours en augmentant, le malade vint à notre clinique.

Etat actuel. — C'est un malade d'une assez forte constitution, avec un état général bon ; sa peau est légèrement brunnâtre.

La dermatose présente des taches annulaires, bien nettes, de couleur rose ou rouge livide, de tailles variables, ayant comme

diamètre de 2 à 15 ou 20 millimètres ; elles sont isolées ou disposées de telle sorte qu'elles forment des dessins définis. A la partie interne et inférieure des jambes, l'on voit que les anneaux sont formés de petits points rouges au nombre de deux, trois ou quatre, ou davantage, très voisins les uns des autres, dont les centraux possèdent une couleur plus pâle, tandis que ceux de la circonférence extérieure de l'anneau augmentent en nombre tout autour de cette dernière, et ont une couleur plus foncée.

Les anneaux les plus anciens sont formés de la même façon, avec des points d'un rouge livide ; et cette coloration ne disparaît pas sous la pression du doigt. Si on les comprime avec un disque transparent, l'on peut voir que beaucoup d'entre eux ne subissent aucun changement, et à l'aide d'une loupe on voit nettement, qu'ils sont formés de capillaires sanguins dilatés. Il est à remarquer que ces points rouge livide qui forment les anneaux ne se développent pas sur un fond érythémateux mais directement sur la peau normale.

De plus en observant ces points, on remarque qu'ils ont une situation péri-folliculaire de telle sorte que chez quelques-uns on voit au centre l'implantation d'un poil.

Au centre des anneaux, principalement des plus grands, la peau est brillante sans pigmentations, sans poils, et on ne peut voir les orifices des follicules. Au centre des anneaux de dimension moyenne, les poils sont encore visibles, mais amincis et incolores.

De plus le centre de quelques anneaux présente des petites taches d'un rouge livide à bords peu nets, fondus, et qui ont évidemment un caractère hémorragique ; ou encore dans le cen-

tre de quelques anneaux ce sont des taches de pigments en forme de lentilles.

Cette dermatose siège presque exclusivement aux jambes et à leur face interne et s'étend de l'articulation tibio-tarsienne, jusqu'au genou, à peu près.

Aux avants-bras, la dermatose ne commence qu'à faire son apparition ; on y remarque des taches punctiformes isolées de couleur rouge foncé et çà et là apparaît une petite tache annulaire. Là où la maladie se trouve à son stade de début on reconnaît qu'il n'y a ni hyperhémie du fond où se développe les taches, ni aucun trouble de la sensibilité.

Toutes les autres parties du corps sont indemnes.

Sensibilité. — Le malade reconnaît bien les pointes de deux aiguilles distantes de un centimètre aussi bien à l'intérieur des taches, qu'à leur extérieur.

Au cœur et aux gros vaisseaux on n'a trouvé rien d'anormal.

Je n'ai pu obtenir du malade la permission de lui enlever un morceau de peau, dont l'histologie aurait pu nous permettre d'éclaircir les points obscurs de cette dermatose.

TROISIÈME CAS. — Un nommé P. D....., employé, âgé de 22 ans, né dans la province de Venise, était atteint depuis quatre ans d'une xanthème formé de petites taches d'un rouge livide, dont le siège était surtout aux membres et très rares sur le tronc.

Histoire de la maladie. — Cet exanthème, d'après les explications que nous fournit le malade, se développa très lentement et sans la moindre douleur, de telle sorte que le malade fut un jour surpris de voir des taches à ses membres inférieurs.

A mesure que le nombre des taches augmentait, se rappro-

chant les unes des autres formèrent des anneaux bien délimités, qui attirèrent l'attention du malade lui-même.

On ne put trouver la cause de l'apparition de ces taches. Les recherches nous permirent d'écarter la possibilité d'une infection syphilitique.

D'après les explications du malade, il serait né de parents arthritiques, et il eut pendant son enfance une maladie cutanée suppurante. (Eczéma?)

Et à la même époque il aurait eu une éruption semblable à celle de maintenant. Cependant à ce sujet nous ne pûmes en avoir la certitude.

Il n'a jamais eu de maladie de cœur, ni de palpitations.

Caractères morphologiques de la dermatose. — Comme dans le cas précédent celle-ci se montra formée de taches livides où rouge-brun, en forme de points ou de lignes, qui sous la pression du doigt pâlissaient à peine ou pas du tout, et à la loupe on pouvait reconnaître nettement les ectasies capillaires.

Cette observation nous fut confirmée à l'aide de la plaque transparente, sous laquelle on put reconnaître avec une grande certitude la présence d'ectasies capillaires, punctiformes, ou encore en forme de réseaux à petites mailles, ou de lignes ramifiées, et de plus nous permit de les distinguer des petites hémorrhagies et des taches pigmentaires.

Chez ce malade aussi, les taches avaient une forme annulaire très nette ; et les mieux formées se trouvaient à la face interne des jambes et à la face dorsale des pieds. Ces taches annulaires ont des dimensions différentes ; les plus petites ont de 2 à 3 millimètres de diamètre, d'autres sont de la dimension d'une lentille, 5 à 6 millimètres, les plus grandes ont la taille d'une pièce de monnaie, jusqu'à 20 millimètres ; les taches

sont rapprochées les unes des autres, ou même se touchent et forment des groupes remarquables, ou des chaînes plus ou moins longues ayant des directions diverses

Beaucoup d'anneaux présentent un léger degré d'atrophie, par leur dépression à peine sensible, leur aspect lisse, la finesse de la peau, l'absence de pigments, et aussi par la réduction ou la disparition des follicules pileux. On voit aussi très souvent une atrophie punctiforme limitée autour des follicules eux mêmes.

Topographie de la dermatose. — La dermatose, occupe comme je l'ai déjà dit, les extrémités inférieures, et ses lieux de prédilection sont : la face antéro-interne des jambes et la face dorsale des pieds ; et de plus elle est d'une symétrie parfaite. Sur les cuisses, quoiqu'elle n'y soit pas aussi développée, la face externe et postérieure de celles-ci, présentent des taches d'un rouge livide, soit isolées, soit groupées en forme d'anneaux. Les membres supérieurs sont encore moins atteints par la dermatose ; ils n'ont que quelques taches isolées, quelques anneaux se voient sur la face postérieure des mains et sur les avant bras ; sans ces quelques taches les bras sont entièrement sains.

A la région sternale, existent deux anneaux isolés, et à leur voisinage en rapport avec les follicules pileux on trouve quelques petites taches.

Quelques taches télangiectasiques, rouge livide, se voient aussi sur les côtés du thorax, de même sur le dos, mais la dermatose n'a pas pris la forme annulaire.

Les sensibilités au toucher, chaleur et douleur, ne sont pas modifiées.

L'histologie chez ce malade ne put être faite.

A la suite, Majocchi ne fait que citer un quatrième cas, qui n'a pas été publié et ayant les mêmes caractères que ce dernier. Mais il en rapporte un cinquième cas dont l'observation fut prise par M. le D^r Pini son assistant,

CINQUIÈME CAS. — *Histoire de la maladie.* — Il s'agit d'un homme âgé de 25 ans, maigre et grand, avec un système pileux très développé ; il montre aux jambes et particulièrement aux mollets des cercles et demi cercles, qui sont formés par des petits points et traits de couleur rouge livide, qui persistent ou pâlisent très peu à la pression du doigt.

La coloration est plus vive, sur des lignes courbes à parcourt sinueux, qui présentent des ramifications, comme de fins vaisseaux ectasiques.

Les formes circulaires avec un diamètre de un demi à un centimètre sont rares, disséminées, se touchent rarement et sont encore plus rarement confluentes ; paraissent plus nombreuses à la face postérieure qu'à la face antérieure des jambes et montrent dans leur disposition une certaine symétrie.

Mais au mollet droit on voit nettement un grand cercle de 5 à 6 centimètres de diamètre ; il paraît être formé de points et de traits plus volumineux, ces derniers laissent entre eux des espaces de peau saine ; toute la peau circonscrite par le cercle est légèrement déprimée, lisse, sans pigments et tout le stratum cornéum de l'épiderme se montre parcouru par des sillons très fins à direction horizontale. Les poils qui sont surtout abondants et noirs aux jambes, sont dans le cercle plus fins et plus rares.

Le malade affirme que l'affection a commencé il y a quel-

ques mois, avec l'apparition de ce grand cercle et ne lui a causé aucune douleur.

Quelques jours avant que le malade vienne nous voir, il éprouva une légère démangeaison qui s'est étendue aux deux jambes.

OBSERVATION XI

P. MORROW.

(*A case of Tèlangiectasis of Unusuol. Development*). *Un cas de télangiectasies à développement anormal.*

La malade était une fillette âgée de 10 ans : peu après la naissance l'enfant fut sujette aux convulsions, occasionnées sans doute par quelques lésions du système nerveux central, ces attaques continuèrent pendant une période d'environ douze mois, l'enfant présenta quelquefois jusqu'à cent attaques dans une journée. Pendant le cours de ces attaques, l'enfant étant âgée de cinq mois, des taches anormales de télangiectasies se développèrent sur la figure et le corps. Il y avait sur la joue gauche une grande tache diffuse et irrégulièrement ovale et une autre tache de la dimension d'un « silver quarter » dans le menton, cette dernière semblant avoir subi une évolution spontanée. Il y a trois ou quatre ans, de nouvelles taches apparurent, sur la

figure ; distribuées sur le nez et la région malar, présentant l'aspect du lupus érythémateux ; celles-ci sont demeurées depuis, presque sans aucun changement. Sur le dos, se trouve une grande cicatrice de plusieurs pouces carrés de surface et d'apparence kéloïdale, consécutive à l'application d'un cataplasme de moutarde. Et de même sur le dos, du côté opposé à cette dernière cicatrice, l'on voit de nombreuses taches cicatricielles, mais qui semblent s'être développées d'une façon spontanée.

L'enfant est faible d'esprit.

OBSERVATION XII

De M. VIDAL.

Présentée à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

M. Vidal présente une malade atteinte d'une très rare affection cutanée, d'une variété de téléangiectasie accidentelle, symétrique et généralisée, ayant de grands traits de ressemblance avec le cas de dermostase veineuse générale et idiopathique, observé récemment à Naples, par le professeur Vincenzo Tancredi, sur une jeune fille de 14 ans, non menstruée.

La malade sur laquelle M. Vidal appelle l'attention de la société, est une femme de 31 ans, de petite taille, d'apparence assez vigoureuse, névropathique, sujette même à quelques-uns des troubles nerveux de l'hystérie.

Réglée pour la première fois à 13 ans 1/2, elle a vu paraître

tre, vers l'âge de 14 ans, les premières rougeurs permanentes sur la région interne des avant bras. Ces rougeurs disparaissant par la pression, augmentant sous l'influence du froid et de l'excitation du système nerveux, s'étendirent graduellement à d'autres régions. Elles envahirent symétriquement les bras, la poitrine, le cou, et, plus d'un an après, les poignets, le dos des mains, les régions lombaires et dorsales. Elles avaient été précédées d'un état hyperesthésique du tégument cutané, d'un prurit parfois fort pénible et leur développement semblait consécutif aux poussées d'une urticaire chronique. Cet exanthème s'était manifesté quelques mois avant les premières rougeurs, à l'époque de l'instauration cataméniale.

Il pourrait être en corrélation directe avec l'état névropathique les spasmes, les palpitations et la gastralgie dont la malade souffrait beaucoup à cette époque. Une succession d'émotions pénibles et parfois violentes, résultant de grands chagrins de famille, entraînait pour une grande part dans l'état de surexcitation du système nerveux.

Il y a trois mois, lorsque M^{me} X..., vint me consulter, la face était d'une coloration rouge foncée, tigrée de plaques lenticulaires violacées, un peu saillantes, pâlisant sous la pression en laissant une coloration jaunâtre. Ces plaques étaient plus discrètes sur le côté gauche du front. Elles marbraient irrégulièrement le cou et étaient plus abondantes et presque confluentes sur la partie antérieure de la poitrine et sur le dos. Elles sont peu nombreuses sur le ventre et autour du bassin. On en voit quelques-unes à la région interne des cuisses. Il n'y en a pas sur la continuité des membres inférieurs, bien que des varices superficielles y étalent en quelques points leurs rameaux vasculaires. Sur le bord interne de la plante du pied gauche, il y en a

une quinzaine et sept sur la région symétrique du pied droit.

C'est sur les bras et les avant-bras que la lésion est le mieux caractérisée. A la partie interne des bras et des avant-bras, autour des poignets et sur le dos des mains dont les faces palmaires sont respectées, on voit des taches rouges, à peine saillantes, du diamètre d'une lentille, s'affaissant et se décolorant sous le doigt, ou lorsque la peau est tendue et marquant leur place par une coloration jaunâtre. En comprimant la racine du membre, la stase sanguine les congestionne, elles deviennent plus saillantes et d'un rouge violet. A la région interne des avant-bras, ces plaques sont confluentes et ne se distinguent sur la rougeur uniforme du fond que par une nuance plus foncée, la peau est épaissie, et cette épaisseur est plus considérable lorsque la compression des veines augmente la congestion.

Les régions atteintes sont hyperesthésiées. La malade y éprouve souvent un prurit vif, qui l'oblige à se frotter ou à se gratter. Ces frictions sont presque immédiatement suivies d'une poussée d'urticaire.

L'impression du froid, de la chaleur d'un foyer, les émotions vives rappellent le prurit, l'urticaire et la congestion.

La muqueuse buccale, celle des voies génitales, ne présentent pas de coloration anormale. Les conjonctives sont souvent congestionnées, ainsi que la muqueuse nasale. A l'époque des règles, une épistaxis très peu abondante a quelquefois lieu. Le flux menstruel ne dure qu'un jour et la quantité de sang évacuée est très minime.

L'utérus est un peu déplacé, en antéversion, et a été congestionné. Actuellement, il paraît à l'état normal.

Le volume et les bruits du cœur sont normaux ; les poumons et les reins sont sains.

L'état normal de l'urine a été constaté à plusieurs reprises.

M. Vidal démontre que cette affection n'est pas un lichen lividus comme l'avait diagnostiqué Bazin. L'aspect de la lésion n'est pas exactement celui d'un nœvus vasculaire érectile, ni celui des télangiectasies qui peuvent se développer pendant le cours de la vie, et atteignent plus particulièrement la face et les membres inférieurs.

M. Vidal pense que la scène pathologique est dominée par l'état maladif du système nerveux, se manifestant sur les nerfs sensitifs et sur les nerfs vaso-moteurs de la peau. Ainsi s'expliquerait l'urticaire chronique et la télangiectasie consécutive.

En terminant, M. Vidal fait remarquer que la coloration du nez et des joues, très rouge et marbrée de violet avant le traitement, a pâli et a pris une teinte uniforme depuis qu'il a fait des scarifications linéaires superficielles.

OBSERVATION XIII (Personnelle).

Télangiectasies essentielles en plaques acquises.

La nommée G..., âgée de 26 ans, vint à la consultation de l'hôpital Broca le 18 février 1904 ; atteinte de télangiectasies essentielles en plaques acquises ; ces plaques sont disséminées sur une grande partie du corps, mais sont plus nombreuses aux membres.

Antécédents héréditaires. — Son père est vivant et d'un état général bon. Sa mère est morte il y a 10 ans, tuberculeuse. Elle a une sœur qui est en très bonne santé. Aucun des membres de sa famille n'a eu d'affection cutanée.

Antécédents personnels. — Elle nous dit n'avoir jamais eu de maladie grave ; sauf qu'il y a trois ans elle eut une bartholinite, pour laquelle elle fut opérée.

Histoire de la maladie. — Il y aurait quatre ans, qu'elle remarqua, un peu au-dessous du creux épigastrique et légèrement à gauche de la ligne blanche, deux taches rouge de la grosseur d'une lentille ; elle n'y fit pas attention et ce n'est qu'au bout de quelques mois, voyant ces deux taches augmenter de volume, elle inquiéta et alla à la consultation de l'hôpital Saint-Louis ; elle ne peut nous dire quel traitement on lui donna ; dans tous les cas, les taches ne subirent aucune modification et restèrent stationnaires.

Il y a deux ans, elle remarqua de nouvelles taches semblables sur les membres, depuis cette époque leur nombre alla en augmentant ; et voyant continuellement l'apparition de nouvelles taches depuis ces deux ans, soit sur le corps ou sur les membres, elle se décide enfin, à venir à la consultation de l'hôpital Broca.

Etat actuel. — Les plaques télangiectasiques, se trouvent sur les différentes parties du corps, disséminées sans ordre, plus nombreuses aux membres supérieurs et inférieurs que sur le tronc ; la face, la paume des mains et les pieds sont indemnes.

Membres supérieurs. — *Bras droit.* — A la face antéro-externe du bras droit, les plaques sont environ au nombre de dix ; deux de ces plaques situées vers la partie moyenne du bras, sont de la

grosseur d'une pièce de 50 centimes, quant aux autres leur grosseur est environ de celle d'une lentille ; sur la deltoïde, au niveau de l'articulation scapulo-humérale, il n'existe qu'une seule plaque ; elles sont plus nombreuses à la partie inférieure du bras, qu'à la partie supérieure.

Les deux plaques les plus grosses et siégeant vers le milieu du bras, présentent à leur surface des points blancs, qui ont une apparence cicatricielle.

Les faces postérieure et interne du bras, sont sans plaques.

Avant-bras droit. — Les plaques sont au nombre de dix à la face antérieure.

A la face postérieure six plaques.

Parmi ces plaques de l'avant-bras, les plus volumineuses, sont de la dimension d'une lentille, mais la plupart sont d'une dimension inférieure à cette dernière. Elles sont plus nombreuses et plus rapprochées, vers la région du poignet ; où quelques-unes légèrement plus grosses qu'une tête d'épingle, forment un cercle incomplet, dont le centre est de la peau saine qui, plus tard, sera peut-être les points blancs, observés sur les plaques de dimensions supérieures.

Main droite. — La paume de la main est indemne, la face dorsale ne présente que deux taches au niveau de la tête du deuxième métacarpien, plus grosses qu'une lentille.

Bras gauche. — A la face antéro-externe cinq plaques, disséminées sur toute la hauteur du membre ; dont trois du diamètre d'une pièce de 20 centimes en argent, les autres sont légèrement plus grosses qu'une lentille.

A la face antéro-interne n'existe qu'une seule plaque, d'un diamètre plus grand que celui d'une tête d'épingle.

Ici encore quelques plaques, présentant à leur surface des points blancs.

Avant-bras gauche. — Comme à l'avant-bras droit les plaques sont plus nombreuses qu'au bras, mais se trouvent localisées à la face postérieure, au nombre de treize environ ; dont une est de la grosseur d'une pièce de 1 franc et siège au niveau de l'articulation du poignet ; à ce niveau on remarque de même, comme au membre droit des petites taches formant un arc de cercle incomplet.

Main gauche. — Encore ici, la paume de la main est indemne.

La face postérieure présente onze plaques, dont la grosseur varie d'une tête d'épingle à celle d'une lentille.

Membres inférieurs. — *Cuisse gauche.* — A la face antéro-externe six taches, dans leur ensemble elles sont en moyenne plus grosses que celles des membres supérieurs, les plus petites sont grosses comme une lentille.

A la partie supérieure de cette cuisse et sur la face antéro-externe, se voit une plaque légèrement plus volumineuse que les autres, et qui présente avec une netteté parfaite des points blancs d'apparence cicatricielle, que nous avons déjà remarqué à la surface de certaines plaques des membres supérieurs.

A la face antéro-interne de cette même cuisse, il n'existe qu'une seule tache, et à la partie moyenne du membre.

Jambe gauche. — Sept taches à la face antéro-interne, disséminées sur toute la hauteur du membre.

Cuisse droite. — A la face externe et à la partie supérieure, on ne voit qu'une seule plaque.

Jambe droite. — A la face postéro-externe, les taches sont au nombre de 15 ; les plus volumineuses se trouvent à la par-

tie moyenne du mollet, mais leur nombre est plus grand en approchant de la malléole.

Les pieds sont indemnes. Il est à remarquer que les taches sont en général plus volumineuses aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs.

Thorax. — A la face postérieure, du côté gauche du rachis et jusqu'au niveau de l'articulation de la douzième côte se trouvent disséminées quinze plaques.

Sur le côté droit du dos, à la partie inférieure, existent deux plaques de la grosseur d'une pièce de 50 centimes et très rapprochées.

A la face antérieure du thorax, on remarque vers la partie supérieure, au-dessous des clavicules, cinq plaques grosses comme une lentille.

Sur le sein droit, trois taches comme une tête d'épingle. Sur l'abdomen à gauche de la ligne blanche, se trouvent les deux taches qui ont apparues les premières et qui ont chacune la dimension d'une pièce de 1 franc.

Toutes ces plaques, de diamètres différents, ont en général une coloration rouge vineux ou violacée. Quelques unes sont nettement rouges.

Leurs bords sont nets; elles sont un peu ovales aux membres, et rondes sur le corps. Quelques unes ont la forme d'un arc de cercle incomplet, surtout aux poignets, comme nous l'avons déjà signalé.

Pour celles dont les dimensions varient d'une tête d'épingle à celles d'une lentille, les bords sont moins nets, et l'on en voit partir en regardant attentivement des capillaires ectasiés, qui vont ainsi en rayonnant vers les parties voisines et saines; ces plaques augmentent de surface, dans l'espace de quelques

mois. En certains points du corps, l'on peut en voir à l'état naissant d'une dimension inférieure à celle d'une tête d'épingle.

Leur coloration, disparaît complètement à la pression du doigt, et à la tension des téguments ; elle augmente sous l'effet de la compression d'un membre et sous l'action du froid.

Les sensibilités y sont normales et ces plaques télangiectasiques ne font pas saillie à la surface cutanée et n'occasionnent aucune douleur.

La peau qui les recouvre semble amincie et est parcourue, sur quelques plaques, par des fins replis : il n'existe pas de desquamation.

La malade présente dans la bouche, une ulcération du côté gauche au niveau de la dernière molaire ; nous n'avons pu en déterminer la cause ; on ne trouve sur elle rien, qui puisse faire diagnostiquer la syphilis.

Aux poumons et au cœur rien d'anormal.

Elle a un goître, peu volumineux, de la grosseur d'un œuf environ, qu'elle aurait toujours eu ; elle ne présente sauf le goître aucun signe de la maladie de Basedow.

Réglée à 14 ans ; les périodes menstruelles, sont régulières.

C'est une nerveuse, d'un tempérament très constipé, elle reste parfois cinq à six jours, sans aller à la selle ; son abdomen est légèrement ballonné, son foie est normal comme volume.

Dans les urines : nous n'avons trouvé ni sucre, ni albumine.

CONCLUSIONS

1° Les télangiectasies dites essentielles sont rares, si l'on en excepte les nævi.

2° Elles paraissent plus communes chez la femme, que chez l'homme ; d'après les observations antérieures et d'après nos observations personnelles, nous trouvons onze femmes, tandis que les hommes ne sont qu'au nombre de six.

3° On les a observées à des âges différents ; mais elles nous semblent plus rares, avant 21 ans, qu'après.

4° Les télangiectasies essentielles, en laissant toujours à part les nævi, ont des caractères communs.

(a). Le début de l'affection est difficile à préciser il est insidieux ; l'évolution est lente.

b). Elles peuvent se développer sur toutes les parties du corps, mais la paume des mains et la plante des pieds sont toujours indemnes.

c). La coloration disparaît complètement au presque complètement, à la pression du doigt, ou à la tension des téguments.

Elle augmente, dans la position déclive, sous l'action du froid et sous l'action de la compression de la racine d'un membre.

d). Les télangiectasies, ne font pas saillie à la surface cutanée.

f). Pas de douleurs locales, sauf quelquefois un léger prurit.

g). Abaissement de la température locale aux extrémités. Les différentes sensibilités, en général, ne sont pas ou peu modifiées.

5° A la surface cutanée, qui recouvre les télangiectasies, on observe quelquefois : des desquamations furfuracées, ou des desquamations cornées ; de même en certains endroits, l'on voit des points blanchâtres, qui simulent de l'atrophie cutanée.

6° Avec ces télangiectasies, on constate la coexistence de différents troubles trophiques : déformation des ongles, alopécie etc, ou de troubles graves : atrophie blanche du nerf optique, hémianopsie, hémorrhagies (Chauffard). Pour cette dernière observation, il nous semble, que l'on a eu à faire à des nævi, plutôt qu'à des télangiectasies essentielles en plaques acquises.

7° Chacune des trois théories pathogéniques principales : nerveuse, mécanique et toxique ; peut suivant les cas, donner l'explication du développement des télangiectasies essentielles ; mais aucune n'est généralement applicable ; et même on rencontre des malades pour lesquels, on ne trouve aucune explication de la présence de l'affection.

7° Les malades, ne faisant qu'un séjour de peu de durée à l'hôpital, et à part leur affection télangiectasiques, étant en général en bonne santé ; il est dif-

ficile de se prononcer au point de vue du pronostic.

8^e Comme traitement interne il est toujours bon, d'employer l'ergot de seigle, l'*Hamamelis* et la teinture de marrons d'Inde ; quoique sans effets le plus souvent.

Les traitements locaux, par les scarifications, par la destruction des capillaires ectasiés avec l'électro-cautère, sont sûrement préférables ; mais ne peuvent être appliqués que dans les cas où les télangiectasies n'ont pas une grande étendue.

Vu : le Président de la thèse,

GILBERT

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- B. BESNIER ET A. DOYON. — Traduction de Kaposi, t. II, p. 356. Deuxième édi. 1891. Note des traducteurs.
- L. BROCCQ. — Pratique dermatologique, t. 4.
- L. BROCCQ. — Cas de téléangiectasies en plaques multiples. Bull. de la Soc. Franç. de dermat. et de syphil., p. 3, 1897.
- CHAUFFARD. — Hémophili avec stigmates téléangiectasiques. Soc. med. des hôpi. de Paris, 10 avril 1896.
- PAUL GASTOU. — Dilatation vasculaire cutanée généralisée, d'origine congénitale et héréditaire; Téléangiectasies vaso-motrice. Soc. Franç. de dermat. et de syphil. 8 février 1894.
- GAUCHER ET CROUZON. — Téléangiectasies généralisées consécutives à la castration chez une femme de 28 ans. Soc. Franç. de dermatol, et de syphil., 9 janvier 1902.
- GAUCHER. — Leçons sur les maladies de la peau, t. II, p. 82.
- HILLAIRET. — Un cas de téléangiectasie (dont l'observation n'a pu être retrouvée). Moulages 599-611 du musée de l'hôpital Saint-Louis.
- LÉOPOLD LÉVI ET LOUIS DELHÈRM. — Un nouveau cas de téléangiectasies acquises généralisées. Gaz. hebd. de med. et de chir. 6 janvier 1901.
- LÉOPOLD LÉVI, et LENOBLE. — Un cas de téléangiectasie généralisée. Presse médicale, p. 310, 1^{er} juillet 1896.

- MAJOCCHI. — Purpura annularis télangiectodes; télangiectasia follicularis annulata. Arch. für, dermat. und syphi, t. XLIII, 1898.
- P. MORROW. — A case of. télangiectasies of unusual, développement. Journal, of cutaneous and venereal diseases, p. 74, 8 février 1894.
- VINCENZO TANTURRI. — Un caso di dermostasi venosa generale ed idiopathica. Il morgagni, t. XXI p. 561. Analyse par le D^r Julien dans les Annales de dermatologie, p. 338, 1880
- E. VIDAL. — Bull. de la soc. med. des hop, p. 181, séance du 11 juin, 1880.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
Description générale des télangiectasies, <i>Revue des diffé-</i> <i>rentes formes de l'affection</i> »	10
DÉFINITION	10
CLASSIFICATION	10
Télangiectasies symptomatiques de troubles de la circula- tion générale et d'affections viscérales	11
Télangiectasies symptomatiques d'autres dermatoses. .	12
Télangiectasies essentielles.	13
Télangiectasies essentielles diffuses	13
Télangiectasies essentielles diffuses amorphes	14
Télangiectasies essentielles diffuses en réseaux. . . .	19
Télangiectasies essentielles diffuses en plaques. . . .	21
Télangiectasies essentielles diffuses congénitales ou nœvi vasculaires.	21
Télangiectasies essentielles en plaques acquises	24
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	28
PATHOGÉNIE.	29
TRAITEMENT	30

OBSERVATIONS.	33
Observations des téléangiectasies essentielles amorphes .	33
Observations des téléangiectasies essentielles en réseaux .	51
Observations de téléangiectasies essentielles en plaques acquises	57
CONCLUSIONS	105